

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituto de ensino e pesquisa da Cirurgia

**Diretor: Dr. FERNANDO SMANCO RIBEIRO**

VOL. LXXI

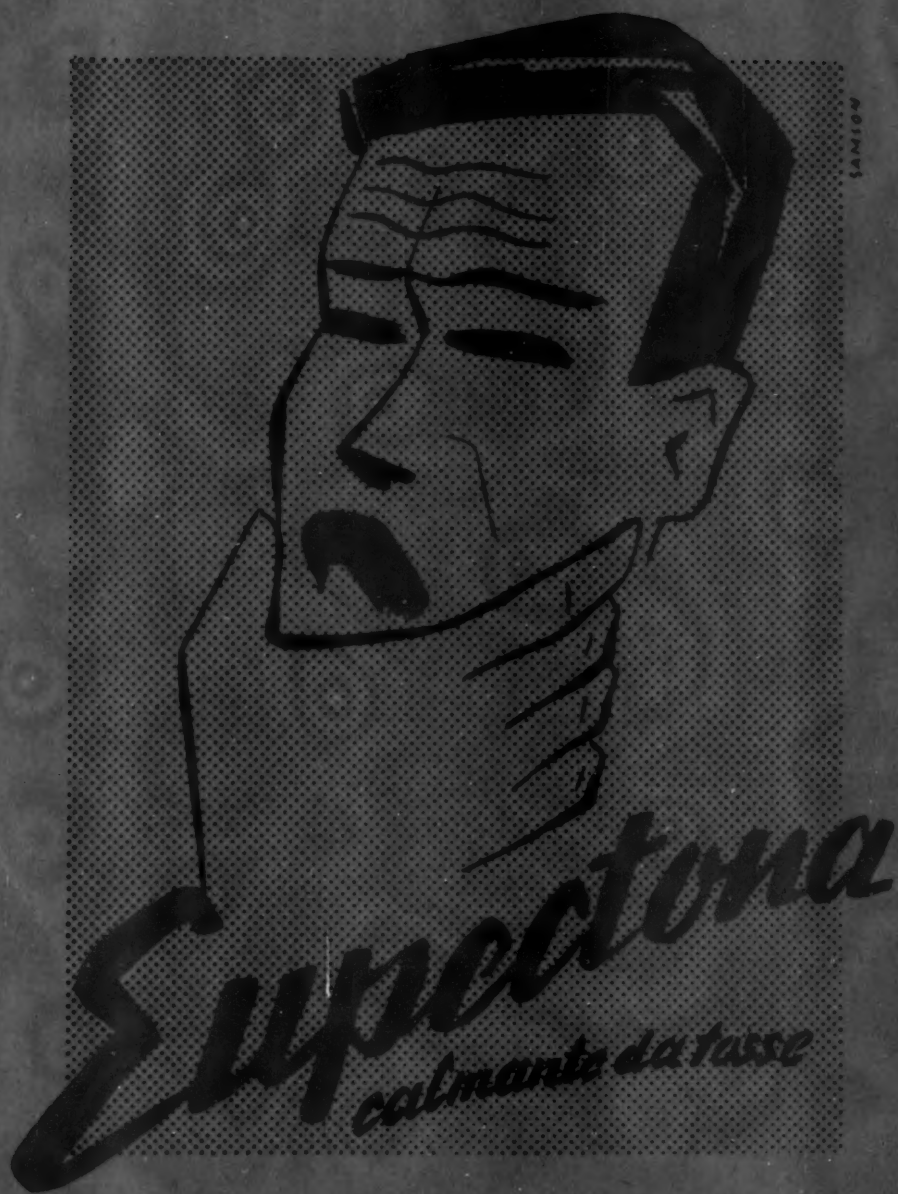
São Paulo, Fevereiro de 1956

N.º 2

## Sumário:

	Pág.
A tireoidectomia sub-total ampliada (Indicações, bases e técnica) — Dr. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR .....	97
Aneurisma cirróide e fistula artério-venosa congênita — Drs. OSWALDO LUIZ RAMOS, ORLANDO FOZ e EMÍLIO ATHÉ.....	121
Prolapso de mucosa gástrica em bulbo duodenal — Drs. JULIO DANTE BAISTROCCHI, MANUEL CUENCA PERES e CARLOS A. COTTONARO .....	131
Osteomielite generalizada e de evolução insidiosa por provável ação do ACTH e do cortisone — Drs. FERNANDO CHAMMAS e JOÃO VALENTE BARRAS F.º .....	139
Cura radical da hérnia inguinal na infância — Drs. VIRGILIO A. DE CARVALHO PINTO e PLÍNIO CAMPOS NOGUEIRA.....	145
Orientação geral no tratamento pré-operatório do hipertireoidismo — Dr. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR .....	149
Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação — Drs. JOÃO DE LORENZO, TRIESTE SMANIO, FELI- CIANO BICUBO NETO e DANTE MONTAGNANA .....	159

DÉCIMO SEXTO NÚMERO CONSAGRADO AO  
II CONGRESSO DA SECCÃO BRASILEIRA DO  
COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES



LABORATÓRIO TORRES S. A.

# VIKASALIL

B<sub>1</sub>

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático — Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DOR.



*Fórmula:*

Salicilato de Sódio .....	0,50
Piramido .....	0,10
Vitamina K .....	0,001
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,006
Bicarbonato de Sódio .....	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. <sup>a</sup> página da capa (12 × 19 cm.) por vez .....	1.800,00
3. <sup>a</sup> página da capa (12 × 19 cm.) por vez .....	1.500,00
4. <sup>a</sup> página da capa (12 × 19 cm.) por vez .....	2.500,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez .....	1.800,00
½ página ( 9 × 12 cm.) por vez .....	1.000,00
¼ página ( 9 × 5,5 cm.) por vez .....	600,00
Encarte por vez .....	1.800,00
Página fixa .....	20% de aumento.

### ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

## ANASEPTIL = FTALIL

*(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)*

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445



*No tratamento da*

Coqueluche, tráqueo bronquite  
e tosse em geral

**Pantofedrina**

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

**ERITHRINA CHRISTA-GALI**

(COM GLUCOSE)

**Pantofedrina**

*no tratamento da coqueluche  
preparado no*

**LABORATÓRIO PHARMA**

*introdutor da*

**Erithrina Crista-Gali**



*amostras e. literatura*

**LABORATÓRIO PHARMA**

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



neuro-sedativo — anti-espermódico — anti-convulsivante



Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

**LEPTOLOBIUM ELEGANS**

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vêzes ao dia em água açucarada.  
Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 577 — Telefone 55-3426 — São Paulo

# PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra  
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por  
*Ascaris lumbricoides*, *Oxyurus vermiculares*  
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.

★

## APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm<sup>3</sup> para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm<sup>3</sup> para pacientes de peso  
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal  
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.  
Rua São Luiz, 161 — São Paulo, Brasil



## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias:  
ação analgésica e antiespasmódica:  
metadona e papaverina

- \* Alivia a dor sem provocar narcotismo
- \* Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- \* Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- \* Não atua o coração nem a pressão arterial
- \* Menor depressão respiratória que os opiáceos
- \* É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas - de 1cm<sup>3</sup>, em caixas  
com 5, 25 e 100  
Comprimidos - tubos com 20

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

# DOLCSONA

# Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO  
MELHOR ABSORÇÃO  
PERFEITA ESTABILIDADE  
SABOR DELICIOSO

## Pellets

A-VI-PEL  
D-VI-PEL  
A-D-VI-PEL  
POLI-VI-PEL  
VITSALMIN

## Emulsões

A-D-BOM  
EMULVIT





*Triunfando* através dos tempos e de  
geração em geração, como a linhagem  
dos animais puro-sangue,

*Codeína e  
Cloridrato de  
Etilmorfina*  
lideram tradicionalmente  
a terapêutica das  
*Tosses*



*Gotas*

**IBEL**

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0,003 g.
Codeína.....	0,004 g.
Tintura de Lobelia.....	0,1 g.
Tintura de Grindelia.....	0,1 g.
Tintura de Crataegus.....	0,1 g.
Água de Louro Cereja.....	0,2 g.

modo de usar:

**ADULTOS:** - 40 gotas em um cálice de  
água açucarada, 4 a 5 ve-  
zes ao dia, ou segundo cri-  
tério médico.

**CRIANÇAS:** - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

**TRATAMENTO  
DO  
ACNÉ**

Enxofre coloidal.  
Hamamelis.  
Óxido de titânio.

**S A C N E L**

**NÃO É GORDUROSO.  
É DE EMPREGO AGRADAVEL**

Uso externo



LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - FONE 32-0770 - RIO

**AÉROCID**

**SINERGIA OPOTERÁPICA**

**Pós de: Paratireóide, supra-renal, hipotálse,  
fígado, baço.**

**AEROFAGIA, AEROGASTRIA, AEROCOLIA.**



**2 dragéas ao levantar e 2 dragéas ao deitar.**

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO  
FILIAL: RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO



Em dosagens eficientes :

Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope  
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Escritório: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — Laboratório: Rua Copacabana, 15-A  
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

**Sulfato  
Ferroso  
Enila \***

**com Vitaminas**



**Xarope  
Drágeas**

**\* ANEMIAS**

**LABORATÓRIOS ENILA S. A.  
RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO**



# AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina  
AMPLICTIL, no Brasil  
HIBERNAL, na Suécia  
MEGAPHEN, na Alemanha  
THORAZINE, nos Estados Unidos da América



## NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia

Cura pelo sono, em associação com os barbitúricos

Estados neuropáticos

Psicastenia: melancolia, ansiedade, fobias, obsessões

Neurodermites generalizadas ou localizadas

Nevralgias, simpatalgias, espasmas

Epilepsia

Coréia de Sydenham



Frasco de 30 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm<sup>3</sup> a 25 mg,  
para injeções intramusculares profundas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm<sup>3</sup> a 50 mg,  
para injeções intravenosas



A marca de confiança

## RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP



A experiência desvendou a sinergia  
funcional do grupo vitamínico  $\beta$ .  
Reunir seus elementos racionalmente  
é forjar arma segura contra os estados  
carenciais deste complexo.



# CONSTELAÇÃO B BAPTISTA

Quando não estão presentes, em quantidades ótimas, todos os componentes do Complexo B, é impossível assegurar a nutrição normal, mormente para os organismos que reclamam em suas dietas o equilíbrio dos fatores vitamínicos B.

Nesse ponto é que intervém a terapêutica, aumentando a taxa dos fatores carenciais do Complexo B e promovendo o seu reequilíbrio.

## CONSTELAÇÃO BAPTISTA

preenche esses requisitos, subministrando em doses apropriadas o Complexo B natural, enriquecido com vitaminas sintéticas desse mesmo Complexo, além de extrato de fígado e sais minerais.

FÓRMULA	DRÁGEA	LÍQUIDO	INJETÁVEL
Complexo B Total Nat.....	100mg	2cm <sup>3</sup>	X - X
Vitamina B 1 (Tiamina).....	4mg	4mg	5mg
Vitamina B 2 (Riboflavina)....	1mg	1mg	1mg
Vitamina B 6 (Piridoxina).....	1,5mg	1,5mg	5mg
Vitamina PP (Nicotinamida)...	10mg	10mg	50mg
Vitamina H (Biotina).....	0,1mg	0,1mg	0,1mg
Extrato de Fígado.....	150mg	(1:10) 7cm <sup>3</sup>	(1:10) 1cm <sup>3</sup>
Cloreto de Cobalto.....	10mg	10mg	10mg
Sulfato de Manganês.....	10mg	10mg	10mg
Veículo q. s. p.....	1 drágea	1c. sobremesa	2cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

No tratamento dos estados carenciais, *beribéri*, pelagra, arriboflavinose, perturbação da função gastrointestinal, como anorexia e prisão de ventre. Profilaxia dos distúrbios nutritivos dos períodos de prenhez e lactação. Distúrbios da menstruação, alergias, sensibilidade às infecções e intoxicações. Estimulante do crescimento das crianças.

## POSOLOGIA E APRESENTAÇÃO

Líquido — Vidro com 150 cm<sup>3</sup>

Crianças: 2 a 4 colheres das de chá ao dia.

Adultos: 2 a 4 colheres das de sobremesa ao dia.

DRÁGEAS — Vidro com 30 drágeas

Crianças: 2 a 4 drágeas ao dia.

Adultos: 4 a 6 drágeas ao dia.

INJETÁVEL — Caixa com 6 ampólas de 2 cm<sup>3</sup>.

Crianças: 1 ampóla em dias alternados.

Adultos: 1 ampóla diária.

★

**LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.**

R. Maria Paula, 136 - Tels. 32-1294 e 33-4263 - Cx. Postal, 847 - S. Paulo



## Campolon

*Possue integralmente, graças ao processo de fabricação (Método de Gänsslen), todos os princípios do fígado, inclusive 6γ de VITAMINA B<sub>12</sub> por cm<sup>3</sup>*

que exerce uma rápida ação estimulante sobre os órgãos hematopoiéticos e sobre as células hepáticas. De ação segura na anemia perniciosa, anemias secundárias e **anemias palustres**, e além disto na asma bronquial, e intoxicação pelos raios X. Para ativação das células hepáticas antes e depois de narcoses prolongadas, nos tratamentos pelo arsênico ou pelo bismuto e em todos os casos em que a atividade hepática se encontre sobrecarregada.



A CHIMICA «*Bayer*» Ltda.

CAIXA POSTAL, 1906 - SÃO PAULO, BRASIL

# nph INSULINA *Labor*

nova insulina  
de ação prolongada  
e uniforme



**LABORTERAPICA S. A.**

*(Uma instituição apoiada na confiança do médico)*

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 57-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

**VOL. LXXI**

**FEVEREIRO DE 1956**

**N.º 2**

## A tireoidectomia sub-total ampliada

(Indicações, bases e técnica)

**DR. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR**

*(Docente livre de clínica cirúrgica, e de técnica cirúrgica e cir. exp. da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo. Chefe de clínica cirúrgica substituto da Santa Casa de São Paulo).*

Até o presente momento o tratamento do hipertireoidismo que fornece melhores resultados é o cirúrgico, apesar das grandes esperanças depositadas nos modernos medicamentos antitireotóxicos e no iodo radioativo. Foi fóra de duvida consideravel a contribuição de Astwood (3) no estudo exaustivo e persistente das substancias derivadas do tiouracil, e de efeitos apreciaveis no tratamento do hipertireoidismo.

Recentemente, ainda, numerosas drogas de efeitos antitireotóxicos estão sendo utilizadas na clínica: 1 — methyl — 2 mercaptoimidazol e 1 — ethyl — 2 — mercaptoimidazol; tapazol, sodio 5 — iodo — 2 — tiouracil, além do já bem difundido propiltiouracil.

Por outro lado principalmente nas clínicas americanas a utilização do iodoradioativo está se difundindo, graças às facilidades de determinação das doses ótimas e de um estudo mais preciso da sua distribuição na glândula.

Tanto os novos atitireotóxicos como o iodo radioativo representam meios de real valor no tratamento das síndromas de hipertireoidismo, sejam quais forem as suas formas anátomo-patológicas — cujos resultados, no entanto, não fornecem uma porcentagem de curas radicais idênticas à obtida pelas tireoidectomias amplas. Este último conceito é a expressão do estudo da literatura clínica e recente, e demonstrado pela experiência pessoal das diferentes clínicas.



Não padece dúvidas, no entanto, que as formas frustas e medias do hipertireoidismo são passíveis de *cura clínica* pelos antitireotóxicos e pelo iodo radioativo. Em nossa prática clínica temos experiência de casos de hipertireoidismos atingindo jovens adolescentes — — perfeitamente curados mesmo pela medicação iódada. Já as hiperplasias tireóideas nodulares, sejam do tipo parenquimatosas ou colóide — são praticamente resistentes àquelas medicações, inclusive ao iodo radioativo. Ao lado das ultimas formas de hiperplasia tireóidea desejamos lembrar o adenoma fetal — não reconhecido por todos, apresentando segundo a nossa experiência (*in 21*) uma realidade anátomo-patológica e clínica, e absolutamente indiferente a qualquer tratamento clínico.

Desde os nossos primeiros trabalhos sobre cirurgia da tireóide (1938), procuramos estudar com minúcia as nossas peças operatórias, e relacionar os achados anátomo-patológicos com os aspectos clínicos do hipertireoidismo. No serviço hospitalar, observamos geralmente os doentes com bólios tóxicos já antigos, com volumes apreciáveis, trazendo ao lado do hipertireoidismo fenômenos de compressão da traquéia. O estudo das peças operatórias forneciam aspectos de hiperplasias parenquimatosas ou colóides, com elementos histopatológicos de basedificação em diferentes áreas. As hiperplasias parenquimatosas eram representadas por adenomas trabeculares, tubulares e microfoliculares. As formas colóides por adenomas macrofoliculares simples e adenomas macrofoliculares papilares. As lesões características de basedificação são representadas pela presença, em qualquer daqueles tipos, de hiperplasia epitelial tireóidea difusa, com formação de verdadeiras papilas, acúmulos de elementos epiteliais tireóideos, acúmulos linfóides e presença de células eosinófilas. Nos portadores da doença de Basedow os bólios eram menores, e apreciável a hiperplasia parenquimatosas difusa, com formação papilar e acúmulos linfóides. A observação macroscópica das peças operatórias mostra principalmente a considerável extensão das hiperplasias tireóideas, sejam parenquimatosas ou colóides — sendo geralmente de frequência menor as hiperplasias nodulares solitárias (tipo adenoma fetal). Mesmo nas formas de hiperplasias nodulares múltiplas, atingindo ambos os lobos — geralmente é apreciável o número de nódulos, quando se analisa com minúcia os cortes. Estes factos anteriormente resumidos demonstram a dificuldade de reduzir a hiperplasia tireóides pelos meios clínicos, inclusive iodo radioativo. As formas anatómicas que se beneficiam seriam geralmente as hiperplasias parenquimatosas difusas, porém de certa intensidade, não chegando àquelas do tipo-Basedow.

Já a extensão em relação aos lobos tireóideos dos processos de hiperplasia epitelial tireóidea mostra a dificuldade da sua redução e regressão anatómica. Os possíveis e freqüentes processos regressivos, atingindo indistintamente todas as formas anátomo-patológicas de hiperplasias tireóideas — tornam o problema mais complexo, pois — às zonas de hiperplasia se juntam áreas com transformação fibrosa,

hialinização, amiloidose, degeneração gordurosa, calcificação, ossificação, e raramente a transformação mucosa. Aos processos regressivos devemos juntar a formação de cistos, sejam os cistos foliculares ou os cistos por amolecimento.

Assim estes bócios antigos, com processos regressivos — e atingidos pela basedificação (tóxicos), apresentam insucessos para qualquer tratamento clínico, embora os meios de tratamento (drogas antitireotóxicas) possam reduzir o hipertireoidismo clínico, enquanto sob a medicação. Estes casos, mesmo na ausência em dado momento de tireotoxicose — não excluem as possibilidades de basedificação em tempo futuro, fato de observação freqüente na clínica. Finalmente, para sumarizar este raciocínio de ordem anátomo-clínica, devemos lembrar o possível aparecimento do câncer nestes bócios nodulares antigos, sejam constituídos por nódulos múltiplos ou solitários.

Chegamos, pois, a conclusão que as condições especiais das hiperplasias epiteliais tireoideas — sejam difusas ou nodulares, e os frequentes processos regressivos, tornam difícil a sua involução pelos meios clínicos, e, portanto, para a obtenção da cura definitiva. A prática clínica mostra a verdade daquele ultimo conceito, apesar das descrições de casos de Basedow *curados definitivamente* por meio dos antitireotóxicos. Fazemos exceção, no entanto, para as hiperplasias tireoideas difusas dos adolescentes ou do climaterio feminino, que se podem reduzir pela medicação apropriada. As hiperplasias tireoideas difusas que conduzem às formas frustas e moderadas do hipertireoidismo são outrossim influenciadas pelo tratamento clínico, podendo chegar a uma cura clínica completa.

Chegamos assim a compreender que as tireoidectomias sub-totais representam o meio de tratamento ideal — pelo menos até o presente, das diferentes formas anátomo-patológicas do hipertireoidismo.

Já em 1838 — no período anterior ao conhecimento dos antitireotóxicos salientávamos (11) as bases anátomo-patológicas das lobectomias tireoideas, que nos conduzem às ressecções sub-totais da tireóide — tendo em vista que estas retiram a maior porção da glândula atingida pela hiperplasia epitelial, deixando um mínimo para manter o estado funcional. As ressecções de tipo total, executadas inicialmente por Kocher e Reverdin (*in* 11), nos fins do século passado, foram abandonadas por aqueles brilhantes cirurgiões, pelo aparecimento da cachexia tireopriva ou mixedema pos-operatório, e de acidentes consequentes à extirpação das paratireóides.

Já afirmámos, no entanto, em estudo sobre as indicações das tireoidectomias totais (20) — que o receio difundido entre os cirurgiões de executar as ressecções amplas — de tipo total, foi consequente ao verdadeiro dogma estabelecido por Kocher e Reverdin, do aparecimento do mixedema pos-operatório. Salientámos, no entanto, tendo em vista nossa experiência pessoal, a excelente tole-

rância do adulto, de idade acima de 23 anos, para as ressecções amplas de tipo total. Achamos, no entanto, justas e precisas as recomendações para a pratica das tireoidectomias sub-totais em indivíduos adolescentes e jovens, em idades abaixo de 20 a 23 anos.

Como já referimos anteriormente, foi útil o estudo das peças operatórias, porque nos demonstrou objetivamente a necessidade geralmente de amplas ressecções, tendo em vista na maioria dos doentes o desenvolvimento apreciável das hiperplasias tireóideas dos processos regressivos — sem contar, ainda, as possibilidades do aparecimento de carcinoma nos bócios nodulares antigos e nos adenomas de tipo fetal. Só as amplas ressecções poderão evitar a recidiva da hiperplasia tireóidea, e, portanto — do próprio hipertireoidismo.

As recidivas após as ressecções econômicas são verificadas principalmente em serviços não especializados, ou por técnica em mãos de cirurgiões não habituados à pratica das ressecções amplas. E" verdade, ainda, que os cirurgiões não experimentados procedem às ressecções de tipo economico — ou menos amplas, por receio de lesão dos nervos recorrentes e paratireóides mais do que por possível mixedema pos-operatório.

Uma noção deduzida do estudo das peças operatórias — e também da própria fisiopatologia do hipertireoidismo, é a necessidade de amplas ressecções no indivíduo adulto.

Podemos considerar quanto a extensão da ressecção glandular, sob o critério da técnica operária, dois tipos de ressecções sub-totais: a) a ressecção sub-total clássica, que já em 1938 (11) chamávamos de lobectomia bilateral sub-total; b) a ressecção sub-total ampliada — que em 1947 (18) consideramos a condição básica para a *tireoidectomia sub-total ideal* (14-18). Em 1945 o "Jear Book of General Surgery" fez uma referata de nossa técnica de tireoidectomia sub-total ideal — salientando as suas condições essenciais: a) a mais anatômica possível, tendo em vista um rigoroso respeito às formações vasculares, nervosas e órgãos da região; b) a mais fisiológica possível — ressecando apreciável quantidade de parênquima glandular, deixando um pequeno segmento residual; c) prevenindo as acidentes pos-operatórios comuns, principalmente as paralisias recorrência, tetania, mixedema e hemorrágias.

Este tipo de operação se classificava como uma tireoidectomia sub-total clássica. A nossa tendencia, no entanto, foi ampliar mais as ressecções, chegando em diversos casos a ressecção total de um dos lobos (o mais atingido pela hiperplasia), e ressecção considerável do outro lobo, deixando tão só um fragmento com aproximadamente 2 a 5 gramas de tireóide, em glândulas com certo desenvolvimento. Achamos que o critério para a extensão das ressecções não é evidentemente rígido — estando subordinado às seguintes condições:

- a) extensão em volume da hiperplasia tireóidea;
- b) tipo do hipertireoidismo — Si Basedow ou consequente aos bócios basedoficados.

As ressecções evidentemente serão tanto mais externas quanto maior fôr o bócio — salvo quando se tratar da doença de Basedow, que impõe ressecção sub-total ampliada, e mesmo de tipo total — com glandula pouco aumentada de tamanho.

Querem alguns — como entre nós Bernardes (30), utilizar as tireoidectomias sub-totais clássicas nos bócios basedoficados (bócios tóxicos), e as ressecções ampliadas na doença de Basedow. Segundo as considerações de ordem anátomo-patológica que fizemos anteriormente — o critério que defendemos é mais geral, seja qual fôr o tipo de hiperplasia tireoidea, indicando em todos as formas (evidentemente que atingem ambos os lobos) as tireoidectomias sub-totais ampliadas, com observação de quantidade mínima de glandula (2 a 5 grs). Esta quantidade de parênquima residual corresponde em média de 1/10 a 1/5 do peso total da tireóide normal. — Considerando, na maioria dos nossos casos, o desenvolvimento apreciável dos bócios (p. ex. figs. 9 a 14) se compreende que àquela quantidade de parênquima residual é mínima, porém funcionalmente util.

Alguns cirurgiões, ainda, atualmente deixam segmentos relativamente grandes de parênquima: é o que demonstram as ilustrações de Flörcken (10 pág. 35) e Kreiner (24 pág. 76). Já salientamos da tolerancia do adulto para as ressecções de tipo total, e nossa experiência pessoal nos convenceu deste fato. Torna-se importante executar ressecções totais (20) sempre que o cirurgião tenha desembaraço e habito da cirurgia da tireóide — e quando possa manter durante longo tempo (um ano em média) a observação cuidadosa de seus operados. Por isso a execução das tireoidectomias sub-totais ampliadas se apresenta como um tipo ideal de operação, seja qual fôr a forma de hiperplasia tireoidea.

Até 1938 (11), embora levassemos em conta os dados anátomo-patológicos dos bócios — tínhamos um critério mais econômico na execução das tireoidectomias sub-totais.

No nosso correlatorio ao II Congresso Inter-Americano de Cirurgia (13-1943), ainda, defendiamos as tireoidectomias sub-totais clássicas, com a permanencia de uma lamina tireoidea ao nivel da face posterior do lobos.

Posteriormente ampliamos as nossas ressecções (14-18-19-20), e fomos levados àquela conduta por uma meditação e estudo das diversas formas anátomo-patológicas dos bócios extirpados. Atualmente executamos em todos os casos de hiperplasia difusa tireoidea amplas ressecções — e, por isso, a nossa técnica é aquela de uma tireoidectomia sub-total ampliada. No adulto, acima de 23 anos, executamos a própria tireoidectomia total nos casos da doença de Basedow e nas consideraveis hiperplasias nodulares difusas, ou nas recidivas do hipertireoidismo por tireoidectomias econômicas.

Desejamos salientar a consideravel contribuição do melhor preparo pré-operatório e da anestesia endotraqueal para a tolerancia às grandes ressecções tireoideas, condições que hoje colocam o cirurgião numa situação de segurança, quanto aos resultados das tireoidectomias sub-totais ampliadas.



## TÉCNICA

E' nosso proposito referir de uma maneira sucinta a técnica que utilizamos para executar as tireoidectomias sub-totais ampliadas.

Toda técnica que procure realizar as ressecções tireóideas deve basear-se num preciso e cuidadoso conhecimento da anatomia cirúrgica da região, e em trabalhos anteriores já desenvolvemos os conhecimentos anatômicos fundamentais (11-12-15-16-17-19).

São de importancia cirúrgica o conhecimento objetivo das seguintes questões:

- a) disposições das aponevroses cervicais ao nivel da região tireóidea;
- b) distribuição e relações dos músculos pré-tireóideos;
- c) o espaço descolável peritireóideo;
- d) disposição das veias tireóideas médias, e do pediculo venoso inferior dos lobos tireóideos;
- e) disposições e relações dos pediculos arteriais da tireóide;
- f) relações do ramo externo do nervo laringeo superior com os elementos do pediculo vascular superior, e com os pólos superiores da glândula;
- g) disposições e relações dos nervos recorrentes na região tireóidea;
- h) distribuição dos ligamentos de Grüber;
- i) holotopia e sintopia das paratireóides;
- j) disposição da fascia pré-traqueal.

Só um aprendizado em laboratório, por meio de dissecções — e uma experiência continua nas operações no vivo poderão conferir ao cirurgião uma virtuosidade técnica na execução das tireoidectomias, dentro do mais rígido rigor anatômico. Tendo em vista as modificações e variações morfológicas da glândula determinada pelas hiperplasias tireóideas — podemos executar as ressecções amplas dentro de um critério anatômico, visando sempre obedecer os conhecimentos gerais sobre as questões acima referidas, e uteis na proteção principalmente dos nervos recorrentes, ramos externos dos nervos laringeos superiores, paratireóides, e segmento esôfago-traqueal. Os conhecimentos da anatomia cirúrgica, expressos naquelas questões gerais referidas, conferem ao cirurgião — com o habito da dissecação no cadaver e a experiência do vivo — uma noção segura dos diferentes planos no sentido geométrico, permitindo ressecções amplas ou totais, com absoluto respeito às formações vitais, como os nervos recorrentes e as paratireóides, além do respeito ao segmento esôfago-traqueal. Há, pois, necessidade do cirurgião, operando seus doentes, com a cabeça em extensão média, e um pouco elevada em relação ao plano horizontal — habituar-se a identificar



e localizar os diversos órgãos, os elementos vasculares e nervosos, dos diferentes planos da região.

Os problemas puramente técnicos das tireoidectomias continuam a preocupar os cirurgiões, e a literatura demonstra aquele fato, salientando os autores detalhes ou modalidades de técnica, ou aspectos da anatomia cirúrgica: Andrade (1), Caeiro (5), Corrêa Netto (7), Decourcy (8), Flörcken (10), Hermeto Junior (16-17-19), Joll's (23), Kreiner (24), Moraes Barros (27), Meurmann (28), Nordland (29), Oliveira (30), Piulachs (31), Simon (33), Zavaleta (35).

Passaremos a uma descrição sucinta da técnica que utilizamos para a execução da tireoidectomia sub-total ampliada.

Empregamos há mais de seis anos a narcose com intubação endotraqueal. Durante muitos anos fomos intransigentes quanto à anestesia loco-regional, porém atualmente achamos de consideráveis vantagens a narcose com intubação endotraqueal, geralmente executada por anestesista experimentado.

Vejamos agora os diferentes tempos operatórios.

**A) Incisão cutânea.** — Geralmente no homem praticamos uma incisão transversal sobre a porção mais saliente do bócio, enquanto nas mulheres colocamos a nossa incisão mais para baixo, quase tangenciando a fosseta supra-esternal. E' evidente o critério estético, que deve ter a incisão na mulher, enquanto tal preocupação não é pre-



FIG. 1 — Tireoidectomia sub-total ampliada. Desenho segundo operação *nô vivo*. Tratava-se de um apreciável bócio difuso, atingindo ambos os lobos. O desenho mostra uma vista lateral (esquerda) da incisão cutânea, cortada sobre a parte saliente do bócio. Observar o relevo cutâneo da cartilagem tireóide, e do músculo esternocleido-mastóideo.

mente no sexo masculino. Não devemos esquecer que não é o nível da incisão cutânea que torna uma cicatriz perfeita e estética — porém, ressalvadas as condições individuais, a execução perfeita da sutura cutânea. Como já referimos em trabalho anterior (19) — a altura no pescoço da incisão cutânea é função do desenvolvimento do bócio, sendo mais alta quanto maior fôr aquele, enquanto nos bócios médios ou pequenos ou em glândulas de tamanho quase normais a incisão poderá ser feita na base do pescoço, ou mais exatamente, logo acima da fosseta supra-esternal. A incisão cutânea compreenderá a pele e o cuticular do pescoço (fig. 1), tendo o cirurgião cuidado de não sectionar as veias jugulares anteriores, que correm lateralmente à linha mediana, sobre a aponevrose cervical superficial. Com dissecação cuidadosa podemos sempre evitar a sua secção ao incisar o plano cutâneo. Os vasos superficiais serão pinçados, utilizando-se para a sua hemostasia a electro-coagulação ou a laqueadura com cat-gut 00: damos preferência ao primeiro meio.

**B) Exposição dos lobos tireóideos.** — E' um dos tempos fundamentais a exposição perfeita e anatômica da glândula, pois — só assim poderá o cirurgião proceder às amplas ressecções. Seja qual fôr o tamanho da glândula, sob um critério rigoroso de técnica, a exposição dos lobos tireóideos compreendo uma série de tempos operatórios que permitem a libertação completa de ambos os lobos de suas importantes conexões musculares e vasculares — inclusive o

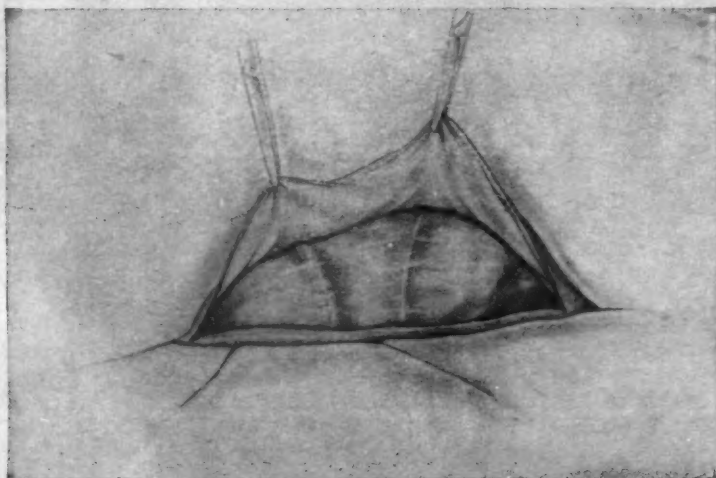


FIG. 2 — Continuação dos tempos operatórios no caso anterior. Descolamento do labio cutâneo superior da incisão, que é levantado até a borda superior da cartilagem, tireoide. A aponevrose cervical superficial não é atingida, sendo mantida sua integridade anatômica. — Observar as duas veias jugulares anteriores de cada lado da linha mediana, compreendidas na aponevrose cervical superficial.

importantíssimo tempo das ligaduras dos pedículos arteriais. Tendo em vista a significação técnica daquele último tempo — faremos a sua descrição à parte.

Os tempos que conduzem à liberação dos lobos são:

- a) descolamento cutâneo;
- b) incisão das aponevroses cervicais;
- c) afastamento ou secção dos músculos pré-tireóideos;
- d) ligadura das veias tireóideas médias;
- e) ligadura das veias tireóideas inferiores.

O descolamento cutâneo será feito principalmente à custa do labio superior, com bisturi (simples ou elétrico), auxiliado pelo dedo montado com gaze. Este descolamento é levado até a borda superior da cartilagem, tireoide, ou até o nível do osso hioide si necessário. Geralmente descolamos um pouco o lábio cutâneo inferior, pois, há reais vantagens, mormente nos bócios com prolongamentos dos polos inferiores ou nos bócios intratorácicos.

As figuras 2 e 3 mostram, segundo desenhos tomados de uma operação no vivo — o descolamento do labio superior da incisão, e o relevo através dos planos pré-tireóideos de um bócio de certo tamanho. Após cuidadosa hemostasia dos pequenos vasos que sangram em consequência do descolamento cutâneo — a aponevrose cervical superficial na linha mediana é exatamente reparada por duas pinças, e uma incisão mediana é magistralmente feita em toda

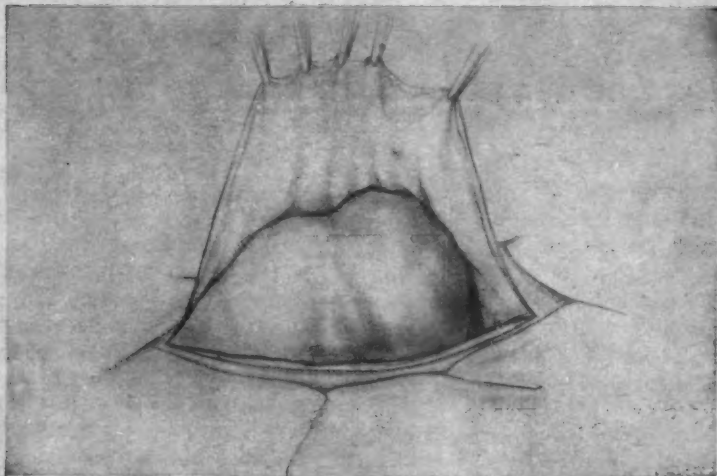


FIG. c — O labio cutâneo superior foi descolado da aponevrose cervical superficial numa boa extensão, expondo amplamente o relevo apreciável do bócio.

a extensão do campo, desde a borda superior da cartilagem tireóide, ou mais acima (si necessário) até ao nível da fosseta supra-esternal. Ahamos de grande importância que a incisão inferiormente atinja o limite superior da fosseta supra-esternal, pela facilidade de manipulação dos polos inferiores desenvolvidos ou insinuados na região retro-esternal (bócios intra torácicos). A fig. 4 mostra este tempo. São incisadas as seguintes aponevroses, superpostas ao nível da linha mediana: superficial, média e fascia peritireóidea. Após este tempo aparece a superfície da glândula (fig. 5).

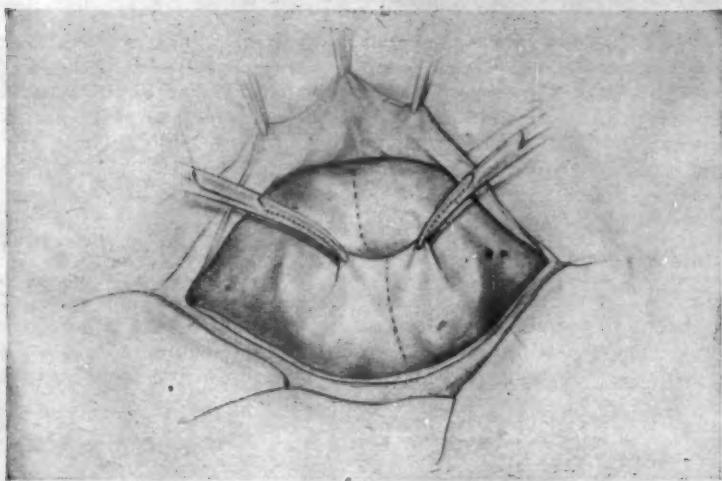


FIG. 5 — O labio cutâneo inferior da incisão foi também descolado, embora em menor extensão. A exposição do bocio anteriormente é ótima. Incisão mediana dos planos aponevróticos, representados pela superposição das aponevroses cervicais superficial, média e peritireóidea (fascia posterior do músculo estérno — tireóideo).

Desejamos salientar um detalhe anatómico de interesse cirúrgico, qual seja a significação da *fascia peritireóidea*, que delimita com a capsula própria da tireóide o espaço descolável peritireóideo.

No esquema clássico de Lorin (*in* 11) àquela fascia engloba toda a glândula, estando o músculo estérno-tireóideo no interior do espaço descolável. Tal interpretação não reproduz a realidade anatómica. A fascia peritireóides, ou bainha peritireóidea — nada mais é que o folheto posterior da aponevrose do músculo estérno-tireóideo. Assim àquela fascia, considerada como a fascia cirúrgica da glândula, não é uma formação especial. Chegado a este tempo duas condutas podemos seguir:

- a) afastamento dos músculos paratireóideos, tendo de descolar anteriores dos lobos; o músculo estérno-cleido-hióideo, ante-

anteriores dos lobos; o músculo esterno-cleido-hioídeo, anterior àquele, é facilmente afastado;

- b) secção do plano muscular pré-tireoídeo da união do seu terço médio e superior, transversalmente até a borda anterior do esterno-cleido-hioídeo.

Demos inicialmente preferência à secção sistemática dos músculos pré-tireoídeos (11-15-18-19), enquanto posteriormente somos ecléticos, procurando habitualmente proceder ao afastamento do plano pré-tireoídeo.

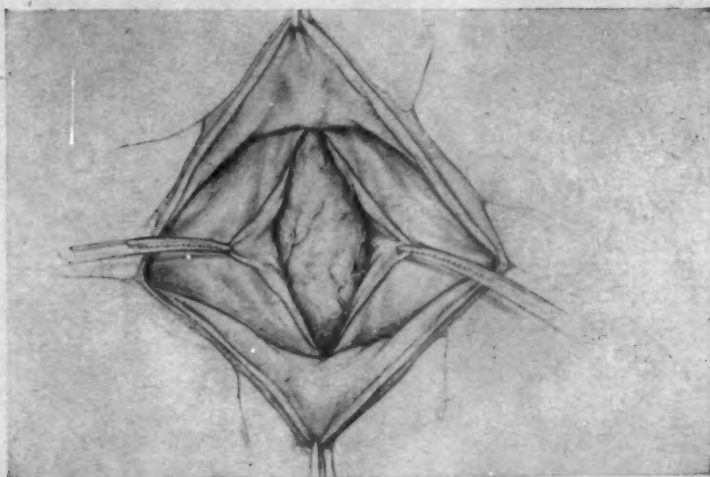


FIG. 5 — Aparece a superfície anterior de um dos lobos (direito). A incisão dos planos aponevróticos deve superiormente atingir a borda superior da cartilagem tireoide, e inferiormente ganhar a fossa supra-esternal.

Nosso amigo Caeiro (5), experimentado na cirurgia da tireoide — acha que a ressecção do rafé aponevrótico mediano facilita o afastamento da musculatura, porquanto considera a borda aponevrótica inextensível. Não vemos necessidade, no entanto, de praticar a sua manobra, pois, obtemos habitualmente excelente exposição da glândula com as duas modalidades — afastamento ou secção dos músculos pré-tireoídeos. Afiramos, no entanto, com experiência — que a secção muscular jamais traz dano anatômico ou funcional, e deverá ser utilizada quando o afastamento tornar difícil o acesso, principalmente à região polar superior dos lobos.

Passamos, após, afastada a musculatura pré-tireoídea — à identificação das veias tireoideas médias, que se dirigem geralmente da superfície anterior dos lobos, ao nível de seu terço médio — para a veia jugular interna. Há necessidade que o cirurgião se habitue



jamais a colocar o dedo no espaço descolável latero-posterior — antes de verificar si existem veias tireóideas médias, geralmente frequentes, e cuja rúture inunda o campo operatório, dificultando a laqueadura do segmento jugular. Estas veias podem atingir apreciáveis calibres nos grandes bócios, e variar quanto ao número. A sua ligadura é um tempo especial — antes do acesso ao segmento

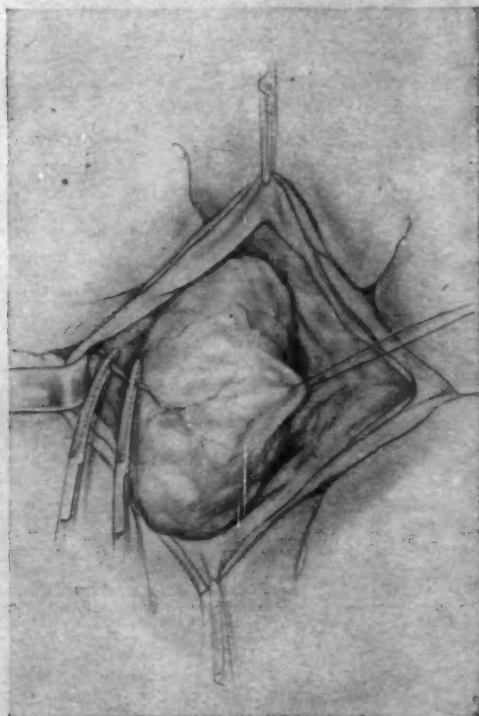


FIG. 6 — Exposição do lobo tireóideo direito. Mostra o desenho a ligadura de uma veia tireóidea média. Notar a colocação das pinças, que deixam suficiente tecido para apoio das ligaduras. Observar que aquela veia impede o acesso ao segmento lateroposterior da glândula.

lâtero-posterior do espaço descolável peritiraoídeo (fig. 6). Em sequencia o cirurgião procederá a exposição do pedículo venoso inferior — facilmente descoberto ao nível dos polos inferiores, procurando com delicadeza dissociar o tecido célula-adiposo que envolve as veias tireóideas inferiores, não esquecendo de manter-se junto da glândula — para não cair no rico pelotão gorduroso de Waldeyer, rico em paratireóides, conforme demonstrámos em nossa

tése de docencia (12), e que poderão ser esmagados pelo pinçamento das veias tireóideas inferiores si não forem reconhecidas no campo.

Temos o maior cuidado ao fazer a laqueadura das veias tireóideas inferiores — procurando sempre não lesar as paratireóides que se encontram no tecido célula adiposo que envolve as veias. Daí colocarmos as pinças o mais próximo da glândula, deixando evidentemente segmento de veia para suportar a laqueadura. Ao terminar

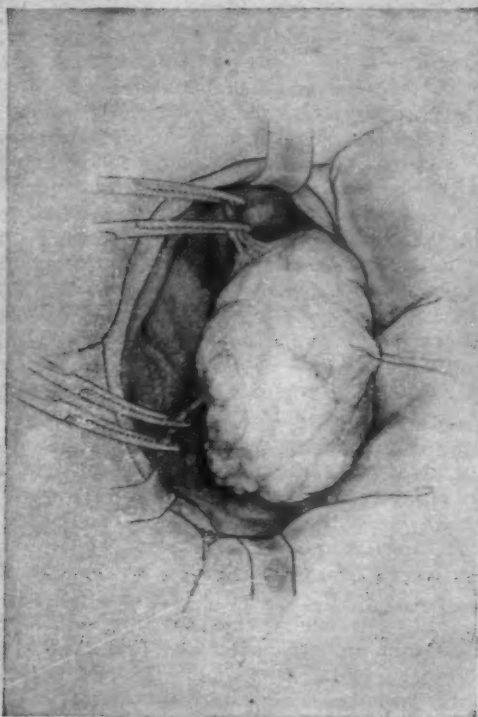


FIG. 7 — Exposição do lóbo direito — Isolamento do pólo superior. Libertação anatómica do pedículo vascular superior, que é ligado. Neste caso estão figuradas duas pinças, enquanto no texto é habitualmente utilizamos três pinças, fazendo a laqueadura entre a pinça do meio e a justa-glândular. Ainda mostra esta figura a ligadura da a. tireóidea inferior, logo após a sua crossa.

este tempo passaremos para a ligadura dos pedículos arteriais. Achamos sempre prática a colocação de uma alça de fio trator (cat-gut atraumático 0) através da glândula — que facilita as manobras de mobilização do lobo, nos diferentes tempos das laqueaduras vasculares (figs. 6 e 7). Somos contrários formalmente a tomada dos lobos com qualquer tipo de pinça. A maior delicadeza deverá ser

empregada na mobilização dos lobos, evitando-se assim reflexos vasculares ao nível da zona carotídea.

**C) Ligadura dos pedículos arteriais.** — Tal é a importância deste tempo no decurso das ressecções tireóideas que já consagramos um estudo especial anteriormente (17). De interesse é saber a conduta sobre o número de artérias que devem ser ligadas. Nas ressecções amplas, sub-totais ampliadas (ou totais) — a operação mais anatômica é a que procede a laqueadura dos quatro pedículos arteriais da tireóide, isto é, tanto das artérias tireóideas superiores como inferiores. Com a ligadura quadrupla jamais observámos fenómenos de tetania por insuficiência circulatória das paratireóides — pois já referimos a apreciável circulação colateral da região. Durante algum tempo procuramos realizar sistematicamente a laqueadura dos quatro pedículos tireóideos, começando pelos superiores (11-13-14-15), porém posteriormente procurávamos ligar tão somente preventivamente os pedículos superiores — procedendo a laqueadura dos ramos da a. tireóidea inferior após a ressecção (18-19): Atualmente a nossa atuação é ecletica — embora tenhamos mais simpatia para a ligadura anatômica dos quatro pedículos. Nas grandes ressecções — de tipo sub-total ampliada, a ligadura dos quatro pedículos poderá dar a impressão de uma redução da circulação do pequeno coto residual (de 2 a 5 grs.), porém a circulação arterial colateral é apreciável na região, não contraindicando a ligadura das artérias tireóideas.

Geralmente começamos pela ligadura da artéria tireóidea superior do lobo mais desenvolvido. A exposição do polo superior é o tempo inicial para a execução daquela laqueadura. O levantamento por meio de dois afastadores de Farabeuf dos segmentos superiores dos músculos pré-tireóideos, expõe geralmente o polo superior. Procuramos com tesoura romba ou pinça de Kocher curva isolar o pedículo vascular superior — sempre trabalhando com os instrumentos junto à glândula, e jamais dirigindo os mesmos para a superfície do músculo crico-tireóideo, onde poderíamos lesar o ramo externo do nervo laringeo superior. Temos por habito praticar a ligadura diretamente no tronco da artéria tireóidea superior — e, para isso — usamos a técnica de colocar três pinças fortes de Kocher sobre o tronco: seccionamos entre a pinça próxima à glândula e a primeira pinça sobre o tronco. Utilizamos geralmente duas ligaduras, escalonadas, com cat-gut cromado 1.

Em certos casos a facilidade da laqueadura anatômica é considerável (fig. 7), pois — encontramos pólos superiores pouco desenvolvidos ou não insinuados. Sempre examinamos o pedículo antes do pinçamento — pela possibilidade de um trajeto do ramo externo do laringeo superior entre os seus elementos. Nos bócios com pólos muito desenvolvidos e altos — há absoluta necessidade de considerável atenção na libertação do polo superior, exigindo mesmo secção alta dos músculos pré-tireóideos, para facilitar a sua exposição.

Temos habito, mesmo sôb narcose, infiltrar os pólos com 5 cc. a 10cc. de solução de novocaina a 1%.

Feita a laqueadura da artéria tireoídea superior — passamos àquela da a. tireoídea inferior. Achamos que a ligadura ideal é a feita ao nível de sua crossa, logo após cruzar posteriormente a artéria carótida primitiva. A ligadura será feita na continuidade — não havendo necessidade de seccionar o vaso. As agulhas de Deschamps facilitam este tempo, embora estejam sendo esquecidas pelos cirurgiões atuais. Não somos partidários das laqueaduras temporárias da artéria. A laqueadura da artéria tireoídea inferior nem sempre é facil, pois, nos grandes bócios, com consideravel desenvolvimento dos lóbos no sentido lateral, torna-se difficil a exposição da crossa da artéria, mesmo com secção dos músculos pré-tireoídeos. O cirurgião não deverá esquecer as variações da disposição da artéria tireoídea inferior, inclusive a sua ausência. O reparo topográfico para a pesquisa da crossa da artéria será sempre lembrado — e é representado pelo tubérculo de Chassaignac, que o dedo sente. Não aconselhamos em hipótese alguma a ligadura dos ramos terminais de a. tireoídea inferior junto à cápsula — zona onde podemos encontrar para-tireoídes. Caso não se faça a laqueadura do vaso ao nível da crossa — é preferir laquear diretamente os ramos que sangram após a ressecção da glândula. E' verdade, no entanto, que maior cuidado deve ter o cirurgião ao laquear os ramos da artéria tireoídea inferior após a ressecção — pois, poderá pinçar o nervo recorrente, que se encontra exposto nas grandes ressecções ampliadas e nas ressecções totais. Não achamos justificavel sôb os aspectos anatômico e técnico a exposição prévia dos nervos recorrentes antes da laqueadura da a. tireoídea inferior, tão defendida por Lahey (25-26), e já demonstrá-mos em trabalho anterior (16) não ser isenta de perigos a descoberta prévia do nervo. O cirurgião, pela prática cadavérica e clínica — deverá saber reconhecer o nervo recorrente no campo operatório, bem como ter a noção dos planos em que se distribui topograficamente o nervo.

Não nos esqueçamos das variações das relações entre o nervo recorrente e a porção terminal da artéria tireoídea inferior — che-gando Reed (*in* 2) a estabelecer 28 tipos de cruzamento. Na prática devemos estar lembrados que do lado direito o nervo póde ser tanto pré ou retro-arterial, enquanto do lado esquerdo a situação retro-arterial é mais frequente.

**D) Exposição do istmo e pirâmide.** — Após as laqueaduras vasculares — dos pediculos arteriais e venosos dos lóbos laterais, o cirurgião irá expôr o istmo e a pirâmide de Lafouette, ou lóbo piramidal.

Apresentando consideráveis variações de volume, o istmo pode chegar a simular um lóbo lateral nos casos de grande hiperlasia tireoídea dàquela região, enquanto outras vêzes se encontra de



dimensões reduzidas. Geralmente nas grandes hiperplasias difusas temos encontrado considerável desenvolvimento do istmo.

O cirurgião não esquecerá que a face posterior do istmo é separada da traquéia por uma fascia resistente — a fascia pré-traqueal, bem como da existência do ligamento mediano de Grüber, espessamento daquela fascia, se dirigindo da borda inferior da cartilagem tireoide, da aponevrose dos músculos crico-tireoideos, e da porção média da face anterior da cricóide, até atingir a borda superior do istmo.

A pirâmide de Lafouette ou lóbo piramidal se destaca em diferentes níveis da borda superior do istmo, apresentando dimensões e trajeto variáveis. Temos encontrado apreciáveis pirâmides, dignas de nomenclatura de lóbos piramidais, tal o seu desenvolvimento. A exposição do istmo e da pirâmide é relativamente simples. Anteriormente executávamos a manobra da secção mediana do istmo, a denominada manobra de Pool (*in* 11), e este tempo era primordial, porem há muito tempo procedemos à retirada em bloco de ambos os lóbos laterais e istmo, tratando portanto de dissecação tão somente as bordas superiores e inferior do istmo — bem como a pirâmide até a sua extremidade superior. Deixamos a separação da face posterior do istmo da traquéia para o tempo da ressecção, pois — após a remoção de um dos lóbos é que passamos a sectionar as aderências da fascia pré-traqueal à face posterior do istmo.

Na exposição do istmo e da pirâmide terá o cirurgião atenção com artéria do istmo, ramo da a. tireoidea superior, correndo geralmente na borda superior ou proximo desta.

**E) Ressecção glandular.** — Após as laqueaduras vasculares, arteriais e venosas, o cirurgião com facilidade procede às manobras delicadas da luxação dos lóbos, que são geralmente facilmente exteriorizados, permanecendo o istmo e a pirâmide isoladas, porém fixos. Há casos, como o da figura 8, em que o ligamento lateral interno, ou ligamento crico-tráqueo-tireoideo de Grüber, se encontra com fibras alongadas e distendidas, dando uma mobilidade considerável aos lóbos, uma vez livres das conexões vasculares. São principalmente os bócios antigos pendulares, ou aqueles que crescem anteriormente — que provocam uma verdadeira distensão do ligamento lateral interno de Sebileau.

Na maioria dos casos, no entanto — tal não sucede, sendo o ligamento curto, fixando fortemente o segmento póstero-medial do lóbo à traquéia. E' de grande interesse a lembrança das relações dos nervos recorrentes com o ligamento lateral de Grüber (ligamento lateral interno de Sebileau, ou ligamento crico-tráqueo-tireoideo). E' necessário lembrarmos que o nervo pode se encontrar no sulco esôfago-traqueal, na zona de aderencia da glândula à traquéia, parcialmente intra-glândular, e apresentar divisão precoce (casos que verificámos em dissecação cadavérica — *in* 12). Estes detalhes são de grande interesse em técnica — pois, jamais o cirur-





emiciPim

# EMICILINA

## LEPETIT

UMA ASSOCIAÇÃO ANTIBIÓTICA-QUIMIOTERÁPICA, ABSOLUTAMENTE ORIGINAL QUE POSSIBILITA UMA TERAPÊUTICA ANTI-INFECCIOSA DE VASTO CAMPO DE AÇÃO.

EMICILINA LEPETIT representa um novo recurso antibiótico-quimioterápico para proporcionar uma ação sinérgica de penicilina-estreptomicina-dihidroestreptomicina, mais o p-aminometilbenzensulfonamida.

Aos conhecidos espectros terapêuticos da penicilina e estreptomicina, na EMICILINA une-se o da homosulfamida, o quimioterápico de eleição contra os germens anaeróbios.

A ação simultânea dos cinco medicamentos determina uma potencialização dos seus efeitos terapêuticos.

Pelo que se refere à toxidez, a EMICILINA contendo estreptomicina e dihidroestreptomicina em partes iguais, adapta-se aos mais recentes conceitos sobre a terapêutica da estreptomicina, permitindo diminuir a incidência de fenômenos tóxicos sobre os aparelhos vestibular e auricular.

A presença na EMICILINA da penicilina G potássica e da penicilina G procainica, possibilita um duplo efeito terapêutico sendo, uma de rápida absorção e a outra lentamente absorvida, devido a suspensão microcristalina, permitindo assim a manutenção de níveis terapêuticos nas 24 horas.

EMICILINA é facilmente solúvel, não causa dores locais, atuando imediatamente.

EMICILINA moderna e segura na terapêutica dos processos infecciosos de toda a natureza, destaca-se entre as demais combinações semelhantes:

- por sua fórmula de absoluta originalidade.
- pelo seu maior espectro de atividade antibiótica.
- por sua perfeita tolerância.

Administra-se por via intramuscular, dissolvendo o pó estéril em 3 cc. de água ou, em solução isotônica esterilizada, na razão de um a dois frasco-ampólas diários em uma ou duas injeções.

### Indicações

Infecções agudas produzidas por anaeróbios e infecções mixtas, abscessos pulmonares, bronquite, pneumonia e bronco-pneumonia, gangrena pulmonar, bronquectasia.

### Composição

Penicilina G Potássica . . . . .	200.000 U. I.
Penicilina G Procainica . . . . .	300.000 U. I.
Estreptomicina (como sulfato) . . . . .	0,25 grs.
Dihidroestreptomicina (como sulfato) . . . . .	0,25 grs.
Emilene (p-aminometilbenzensulfonamida) cloridrato . . . . .	0,25 grs.

### Apresentação

Frasco-ampóla de pó estéril com 1 ampóla de 5 cc. de solução fisiológica estéril apirogena.

### Doses

1-2 frasco-ampólas ao dia por via intramuscular.

LABORATÓRIOS



LEPETIT S. A.

R. AFONSO CELSO, 1015 - TELS.: 70-1197 - 70-1198 - 70-1199 - S. PAULO - BRASIL

gião deverá incisar diretamente o ligamento lateral de Grüber — porém sempre colocar a incisão sobre o segmento mais posterior da cápsula própria da tireoide, para fora da zona de aderência tireo-traqueal, protegendo desta maneira o segmento profundo do nervo recorrente. Este é o principio básico nas ressecções amplas ou totais. É a chave própria que conduz o cirurgião às ressecções sub-totais ampliadas (e mesmo totais) sem incorrer em lesão dos nervos recorrentes. Outro detalhe anatômico de grande interesse nas ressecções amplas — é a zona perigosa do nervo recorrente, que já referimos, relativa ao cruzamento do nervo e da a. tireoidea inferior, antes da distribuição terminal da artéria.



FIG. 8. — Após a exposição completa e ligadura dos pedículos vasculares o lóbo é luxado para fóra da ferida cirúrgica, e medialmente neste caso. Tratando-se de uma hiperplasia tireoidea de crescimento anterior, e da existência d um ligamento lateral de Grüber longo — o lóbo foi mobilizado com grande facilidade. Deste lado foi feita a sua remoção total.

Um principio básico, nas grandes ressecções, é do cirurgião colocar sempre a incisão, nos segmentos médio e inferior da face posterior, sobre a capsula própria — para fóra, ou imediatamente acima (o doente está em decubitus dorsal na mesa), dos ramos terminais da a. tireoidea inferior. Este detalhe conduz à conservação da lamina capsular posterior (não confundir com parênquima glandular), que protege especialmente as paratireoides inferiores, cuja holotopia é frequente naquele nível (*in* 12), bem como a zona perigosa dos nervos recorrentes, especialmente à direita, onde o nervo é mais exposto.

Geralmente começamos a ressecção pelo lóbo mais desenvolvido. Marcamos com pinças tipo Kelly (ou mesmo pinças de Kocher) no

limite medial da cápsula sobre a face posterior dos lóbos, tendo o cuidado de não penetrar na zona perigosa dos nervos recorrentes e das paratireoides. Sempre começamos libertando e ressecando a glândura de ambos pedículos arteriais, numerosas arteriolas sangram — rior. Na ressecção ao nível da face posterior — mesmo com ligadura de ambos pedículos arteriais, numerosas arteriolas sangram — sendo pinçadas com pinças tipo mosquito ou tipo Kelly. São principalmente dignos de menção os ramos glandulares da a. tireoidea inferior, especialmente o ramo medial, que sangra junto à traquéia, e o ramo inferior, que sangra ao incisar a cápsula nos limites da zona perigosa. A medida que a secção do parenquima ganha em extensão para a linha mediana — e os vasos vão sendo pinçados — não deve jamais o cirurgião perder o contacto — pela palpação, com a traquéia, para orientar-se bem, e jamais lesar aquele segmento. Libertado a totalidade de um dos lóbos — avançamos, sempre na continuidade, sobre a face posterior do istmo, libertando-o da traquéia, através da fascia pré-traqueal. Paramos, uma vês libertada toda a face posterior do istmo — e retomamos do outro lado, começando a ressecção do lóbo oposto, da mesma maneira, e com os mesmos cuidados. Geralmente é nosso habito — em um dos lados, proceder à ressecção total, enquanto conservamos do outro um segmento de tireóide mínimo (tendo em vista o desenvolvimento do bócio), geralmente compreendido entre 2 a 5 grs. A maneira mais prática de obter-se aquele mínimo é ter em vista antes da ressecção uma porção de uns 2 cms. por 2 cms. 5 sobre o segmento posterior do lóbo, na sua zona mais medial.



FIG. 9 — Peça operatória de um bócio parenquimatoso difuso, com apreciável desenvolvimento dos polos superiores, apresentando o pólo esquerdo um prolongamento faríngeano. Apreciável hiperplasia do istmo.

Só a experiência, a prática habitual das tireoidectomias amplas — é que dá ao cirurgião a capacidade de calcular aquele mínimo glândular. Acreditam alguns cirurgiões que sendo uma pequena porção glândular — poderá dar-se a sua atrofia. Tal não sucede — pela riqueza da circulação arterial colateral da região.

Não devemos deixar de salientar uma noção que a experiência nos ensinou, e que já referimos no início deste estudo:

a tolerância do adulto, maior de 23 a 25 anos, para as grandes ressecções tireóideas (inclusive totais — *in* 20) e apreciável, não se observando o mixedema pos-operatório.

Nas ressecções sub-totais ampliadas deixamos, assim, um mínimo de glândulas. Voltando ao tempo da técnica — desejamos referir que retirámos a peça operatória em um único bloco (figs. 9 e 10).

A única atenção será para a zona perigosa dos nervos recorrentes e paratireóides, e para a traquéia. Executamos a maior parte da ressecção com tesoura curva romba. Retirada a peça cirúrgica o campo operatório se encontra cheio de pinças hemostáticas de tipo mosquito ou Kelly. As pinças habituais de Kocher não são próprias para esta hemostasia, que requer pinças delicadas.

Temos notado, segundo a nossa experiência, o sangramento após as ressecções é tanto menor quanto maior o tempo de preparo

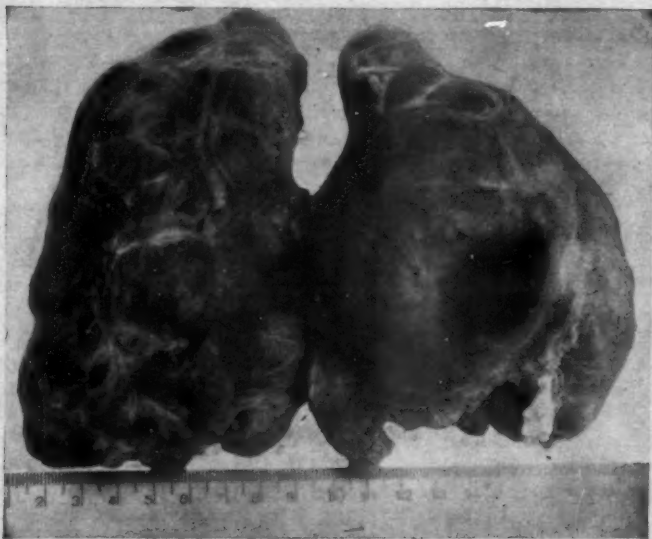


FIG. 10 — Apreciável bócio nodular difuso, atingindo a hiperplasia, ambos os lóbulos. Considerável desenvolvimento de ambos os lóbulos. Grande desenvolvimento dos pólos inferiores. Pólos superiores de posição alta. Istmo ausente pela fusão medial de ambos os lóbulos.



dos doentes pelo iôdo, com exceção somente para as glândulas dos portadores de doença de Basedow. As laqueaduras devem ser feitas com cat-gut cromado 00, procedendo-se ao nível do pequeno côto residual a uma ligadura por transfixão do parênquima (a Halsted). No lado em que a retirada do lóbo foi total o maior cuidado deve ter o cirurgião com as pequenas artérias que sangram — pois, estamos sobre a zona perigosa do nervo recorrente e das paratireoides. O nervo recorrente não deverá ser exposto (16) — porém si presente no campo deverá ser identificado pelo cirurgião. A mais cuidadosa hemostasia deverá ser feita.

Aproveitamos constantemente a fascia pré-traqueal para fixar os lábios capsulares do côto glandular: esta sutura, feita a pontos separados com agulha atraumática (fio "Certix 00") — permite assegurar a hemostasia do parênquima residual e favorecer a sua circulação colateral.

Com este último detalhe de técnica o tempo da ressecção está terminado.

**F) Drenagem.** — A ressecção tireoideia ideal é sem drenagem (14 e 19), porém exige uma hemostasia meticulosa e cuidadosa. Este tempo será, pois, sob um critério amplo, função da hemostasia perfeita ou não da loja glândular após a ressecção. Quando ficamos satisfeitos com a nossa hemostasia — não drenamos. Quando existe uma hemostasia laboriosa, especialmente em operações de grandes bócios, e existe a possibilidade de hemorragias capilares — devemos drenar com lâminas de borracha (a Penrose): colocamos de cada lado uma lâmina. Não vemos inconveniente das lâminas de drenagem saírem ao nível da incisão, embora possamos deriva-las para uma pequena abertura abaixo da incisão cutânea. Damos preferência à primeira maneira. Retirada dentro de 48 horas, em média, a drenagem não prejudica a cicatriz cutânea.

**G) Reconstituição músculo-aponevrótica e cutânea.** — Nos casos habituais que o afastamento dos músculos (e respectivas aponevroses) pré-tireoídeos foi suficiente — o problema de reconstituição se limita à sutura do "rafe" mediano, o que é feito com cat-gut 00 cromado, em pontos separados, deixando-se pequeno espaço mediano para a saída das lâminas de borracha, em casos de drenagem. Quando houve necessidade da secção dos músculos pré-tireoídeos, a sua sutura é feita com pontos separados, com meticulosidade, procedendo-se após a aproximação pela sutura do "rafé" aponevrótico mediano. Como vimos jamais as linhas de incisão cutânea e incisão dos músculos pré-tireoídeos devem ficar no mesmo plano, no sentido de evitar-se possíveis fibroses entre ambos os planos. Antes de proceder à sutura da pele — um repasse na hemostasia do plano superficial deve ser feito. Temos como hábito fazer a sutura da pele com agulhas de Mchell, dispensando as suturas de tipo plástico, pois, a experiência nos mostrou que retiradas nos 2.<sup>o</sup> ou 3.<sup>o</sup> dias após a operação

as cicatrizes são excelentes. Usamos um tipo de curativo simples: colocamos sobre uma faixa de esparadrapo gazes distendidas na sua parte média, e, após colocar gazes protegendo a incisão cutânea — dobramos àquela faixa, como se fôra um “cachenez” sobre a face anterior do pescoço. Este tipo de curativo é cômodo, não comprime a região cervical, e fácil para ser removido.

### RESUMO

S. Hermeto Júnior — A tireoidectomia sub-total ampliada. Indicações bases e técnica.

O A. justifica no presente estudo dos nossos conhecimentos as indicações das tireoidectomias sub-totais amplas no tratamento cirúrgico do hipertireoidismo. Discute especialmente a significação das hiperplasias tireoideas difusas e nodulares, que indicam as ressecções amplas. Passando à técnica, o A. sumariza as questões básicas de anatomia cirúrgica, principalmente relativas aos nervos recorrentes, às paratireóides, ao ramo externo do nervo laringeo inferior e ao segmento esfago-traqueal.

O A. insiste na “zona perigosa” dos nn. recorrentes e paratireóides. Expõe sob um aspecto crítico os tempos da tireoidectomia sub-total ampliada, conforme executa em clínica. A literatura nacional (Brasil) é referida ao apreciar os problemas gerais da técnica.

### LITERATURA

- 1) ANDRADE (M. A. de) — *Tireoidectomia sub-total* — Tese de concurso. “Jornal do Comercio”, ed. Rio de Janeiro — 1947.
- 2) ANDRADE (M. A. de) — *Lesões do recorrente* — Tese de concurso. “J do Comercio”, ed. — Rio de Janeiro — 1945.
- 3) ASTWOOD (E. B.), and VANDERLAAN (W. P.) — *Thiouracil derivatives of greater activity for treatment of hyperthyroidism*. — “J. Clin. Endocrinol”, V: 424-430; 1945.
- 4) BRITTO (R.) — *Bócios intratorácicos* — “O Hospital”, XXIX: 341-382; 1946.
- 5) CAEIRO (J. A.) — *Hipertireoidismo. Fisiopatologia y tratamiento*. Lopez e Echegoyen, ed. Buenos Aires — 1945.
- 6) COLE (W. H.) and FOWLER (E. F.) — *The present status of the surgical treatment of hyperthyroidism*. — C. C. Thomas, Springfield, Ill., U. S. A. — 1949.
- 7) CORRÊA NETTO (A.) — *Afecções cirúrgicas da tireóide*. “Rev. Paulista de Med.”, 38:589-626; 1951.
- 8) DE COURCY (J. L.) and DE CORCY (C. B.) — *Pathology and surgery of thyroid disease*. — C. C. Thomas, Springfield, Ill., U. S. A. — 1949.
- 9) DUARTE (L. C.) — *Das lesões dos nervos laringeos nas tireoidectomias* — “Rev. da Ass. Paulista de Med.”, 38:669-676 — 1951.
- 10) FLÖCKEN (H.) — *Die chirurgie der Schilddrüse*. — Walter de Gruyter, verlag. Berlin — 1951.
- 11) HERMETO JÚNIOR (S.) — *Systematização da técnica e da tática das lobectomias thyreóideanas*. — “Rev. da Ass. Paulista de Med.”, XII: 206-276; 1938.
- 12) HERMETO JÚNIOR (S.) — *Contribuição para o estudo da técnica e da tática das paratireoidectomias*. — Tese de concurso, São Paulo — 1938.
- 13) HERMETO JÚNIOR (S.) — *Hipertireoidismo* — Tratamento e resultados — “Rev. de cir. de São Paulo”, IX: 758-786; 1944.

- 14) HERMETO JUNIOR (S.) — *A Tireoidectomia sub-total ideal* — "Rev. Brasileira de Cir.", 13:593-596; 1944.
- 15) HERMETO JUNIOR (S.) — *A Tireoidectomia sub-total ideal* — Bases e Técnicas. "Rev. da Ass. Paulista de Med.", 28:85-108; 1946.
- 16) HERMETO JUNIOR (S.) — *O problema da exposição dos nervos recorrentes no decurso das tireoidectomias*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VIII: 59-69; 1948.
- 17) HERMETO JUNIOR (S.) — *A ligadura dos pedículos arteriais tireoideanos no decurso das tireoidectomias sub-totais*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VII: 487-505; 1947.
- 18) HERMETO JUNIOR (S.) — *Princípios fundamentais para a execução da tireoidectomia sub-total ideal*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VII: 413 — 433; 1947.
- 19) HERMETO JUNIOR (S.) — *Tática das tireoidectomias sub-totais*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", XI. 1-16; 1951.
- 20) HERMETO JUNIOR (S.) — *As indicações da tireoidectomia total no hipertireoidismo*. — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", XI. 37-47; 1951.
- 21) HERMETO JUNIOR (S.) — *O problema do adenoma fetal da tireoide*. — "Rev. Paulista de Med.", 38: 677-685; 1951.
- 22) HERTZLER (A.) — *Diseases of thyroid gland*. — Paul B. Hoeber, ed. New York and London — 1941.
- 23) *Joll's Diseases of Thyroid Gland*. — FRANCIS F. RIVADLE 2e. ed. W Heine-mann, London — 1951.
- 24) KREINER (W. M.) — *Zur Technik der Kropfoperation*. — Springer Verlag, Wien — 1952.
- 25) LAHEY (E. H.) — *Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in sub-total thyroidectomy*. — "S. G. O.", 66:774-777; 1938.
- 26) LAHEY (F. A.) — *Esposure of recurrent laryngeal nerves in thyroid operations*. — "S. G. O.", 78: 239-244; 1944.
- 27) MORAES BARROS F. (N.) — *Contribuição para a anatomia do ramo externo do nervo laringeo superior*. — Sua aplicação à técnica das tireoidectomias. — Tese de docência, São Paulo — 1948.
- 28) MEURMAN (O. N.) — *Vocal cord paralysis following thyroid surgery*. — "Acta Chir. Secand.", 101: 360-378; 1951.
- 29) NORDLAND (M.) — *Important anatomical structures in thyroidectomy*. — "The S. of I. C. of Surg.", XII; 271-280; 1949.
- 30) OLIVEIRA (A. B.) — *Extensão da ressecção glandular na operação do bócio com hipertireoidismo*. — "Rev. Paulista de Med.", 38: 665-668; 1951.
- 31) PIULACHS (P.) y CAÑADELL (J. M.) — *Enfermedades del tiroides*. — José Sauer, ed. Barcelona — 1950.
- 32) SILVA BASTOS (E.) — *Complicações operatórias das tireoidectomias sub-totais*. — "Rev. Paulista de Med.", 38: 649-668; 1951.
- 33) SIMON (M. M.) — *Pitfalls to be avoided in thyroidectomy*. — "The J. of I. C. of Surg.", XV: 428-442; 1951.
- 34) WELTI (H.) — *Le reparage du pércurrent pour dissection d'un Segment du nerf au cours des thyreoidectomies*. Technique et indications de la methode. — "Mém. de l'Acad. de Crir.", (Paris), 65: n.º 15; 1939.
- 35) ZAVALETA (D. E.) — *Cirurgia de la glandula tireoides*. — Ediciones Impa-gliones, Buenos Aires — 1949.

# ACRIDINAL

Drógeas e Ampólas

Acrilavina

Formina

Beladona

Azul de Metileno

Contra indicação: — ICTERICIA



*Laboratório Xavier*  
JOSÉ GOMES XAVIER & CIA. LTDA



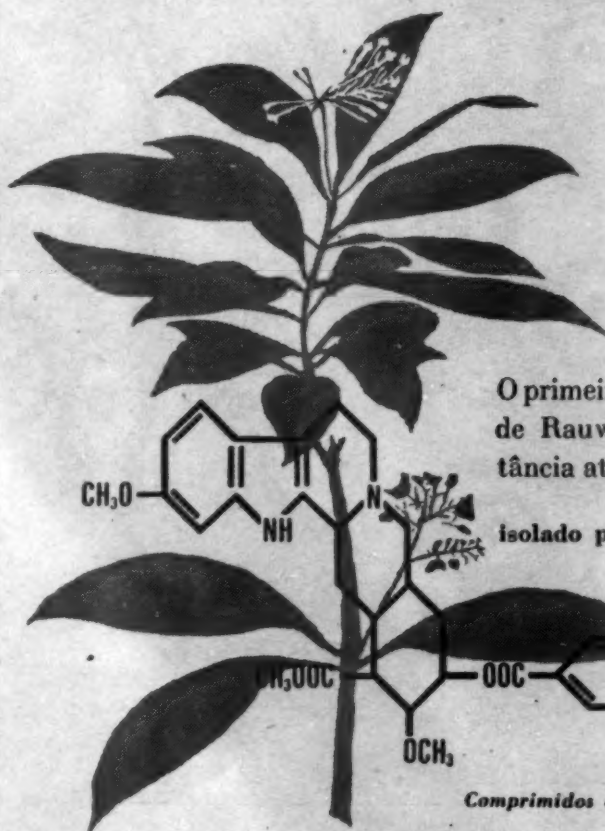
Um singular produto

para o tratamento de tôdas as  
formas da doença hipertensiva

**Serpasol** M. R.

reserpina CIBA

anti-hipertensivo e tranqüilizador



O primeiro produto à base  
de Rauwolfia com subs-  
tância ativa bem definida

isolado pela **Ciba**

Comprimidos de 0.1 e de 0,25 mg

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A. — RIO DE JANEIRO



## Aneurisma cirsoide e fístula artério-venosa congênita

Drs. OSWALDO LUIZ RAMOS,

ORLANDO FÓZ e

EMILIO ATHIÉ

(São Paulo, Brasil)

Para diminuir a confusão existente entre várias enfermidades e anormalidades de vasos sanguíneos e linfáticos, reuniu-se sobre orientação da American Heart Association, o Comité de Nomenclatura da Secção destinada à Circulação Periférica, e depois de um ano de trabalho chegaram a uma classificação, cuja nomenclatura respeitamos para orientação deste trabalho.

Toda a comunicação anormal entre o sistema venoso e arterial é, generalizando, rotulada sobre o título de fístula artério venosa.

Entretanto, varios autores conceituados divulgaram através da literatura vários nomes a saber: "aneurisma cirsoide", "aneurisma artério venoso", "aneurisma cavernoso", "aneurisma por anastomose", "aneurisma por serpentina ou plexiforme", "angioma arterial", que indicam uma só parte das fístulas arteriovenosas, que seriam as congênicas.

Dupryton, Braman, Matas, Halted, Reid, Pamberton e Holman e outros tem feito valiosas contribuições relativamente à natureza e tratamento cirúrgico desta interessante lesão vascular.

William Hunter em 1757 foi o primeiro a reconhecer um aneurisma arteriovenoso como uma comunicação direta entre artérias e veias.

O erro dos observadores anteriores era que por eles, a lesão sempre foi rotulada de simples aneurisma e que afetava unicamente a artéria.

Hunter descreveu o sopro e o ruído que podia desaparecer, exercendo-se pressão sobre a comunicação, chamando também a atenção para o aspecto tortuoso da artéria.

Breschet descreveu os primeiros casos de gangrena após ligadura de artéria em casos aneurisma.

Morris fez a primeira cura por dupla ligadura de artéria.

Nicoladoni demonstrou pela primeira vez que o numero de pulsações diminuía, comprimindo-se a artéria no lugar proximal da fistula arteriovenosa.

Rudolph Matas em 1888 a 6 de Maio, operou um doente de aneurisma traumático da humeral, aplicando pela primeira vez sutura no interior do aneurisma. O êxito desta aneurismorrafia foi assinalado por observação do paciente durante 10 anos, estudou profundamente a circulação colateral sendo o primeiro a usar venda de alumínio para compressão da artéria, e relacionado pela primeira vez efeito cardiovascular ligados ao aneurisma.

Em 1913, Steward comunicou observação sobre diminuição do coração, após tratamento cirúrgico da fistula.

Reid, discipulo de Halted, mais tarde, apresentou provas experimentais de que o coração aumentava de tamanho em presença de fistula arteriovenosa.

Gunderman, pela primeira vez notou aumento da pressão após tratamento cirúrgico.

Em 1930 Holman, em estudos experimentais ganha o Prêmio Quinquenal Samuel Gross, da Academia de Filadelfia relatando os efeitos de comunicar artéria e veia.

Brown comparou pela primeira vez a saturação de O<sub>2</sub> dos 2 lados da fistula.

John M. Vaugh, pela primeira vez situou como agente de descompensação cardíaca a fistula; compensando o paciente após a operação.

Orville foi o primeiro a apoiar-se em diagnóstico flebográfico e posteriormente em arteriografia.

Herbert Adams operou os primeiros casos com estirpação total de visceras que possuíam aneurisma.

As fistulas arteriovenosas congêntas provém da falta de diferenciação das disposições embriológicas comuns entre artérias e veia.

No embrião todos os vasos apresentam arquitetura e estrutura dos capilares.

Estudos de Sabin, Woollard e Rienhoff revelaram que tanto as artérias como as veias se diferenciam a partir do plexo capilar comum e que certos vasos embriológicos funcionam como artéria em certa fase da vida e como veia em outra. Os vasos que deixam de serem capilares para converter-se em artérias e veias, adquirem gradualmente os componentes de suas paredes e perdem suas múltiplas comunicações, separando-se um do outro até alcançar disposição própria de adulto.

Ao começo do processo de diferenciação, existe como assinalamos múltiplas comunicações entre artéria e veia, e o tipo congênito de fistula arteriovenosa parece ser segundo os autores, persistencia de comunicações que lembrariam a disposição embrionária

primária que por não haver-se diferenciado para formar a arvore vascular definitiva, formam condutos anastomóticos entre artéria e veia, ligados direta ou indiretamente.

Assim resulta que as comunicações intervaskulares anormais existentes traduzem um defeito de crescimento e podem descrever-se como malformação congênita. A persistência de estruturas capilares em território circunscrito, dá aparecimento ao angioma capilar congênito, angioma que é suscetível de desaparecer espontaneamente, poucos meses ou nos primeiros anos após o nascimento.

Si não entrar em regressão, eles se dilatam e criam alterações morfológicas nas artérias e veias, originando perturbações hemodinâmicas devido a comunicação artério-venosa. As fistulas artério-venosas adquiridas estariam sempre ligadas a um trauma. A maior parte é nas extremidades.

Rienhoff Bigger e Sippert relataram casos em que a fistula interessava a artéria carótida e a jugular externa.

Smith e Hertton fizeram diagnósticos de fistula arteriovenosa congênita do pulmão.

Raid relatou caso de comunicação artério-venosa congênita na tíbia, chegou a amputação, após tentar extirpar a fistula. É interessante assinalar que as comunicações sendo multiplas, poderão comprometer somente pequena área como no caso assinalado por Rienhoff.

### FISIOPATOLOGIA

Resultante de má formação embriológica ou de um traumatismo, as fistulas artério-venosas poderão trazer perturbação de ordem local ou geral.

As de ordem local são sempre consequentes da intensa circulação sanguínea na região afetada. Assim, hipertermia, ectasias venosas e desenvolvimento anormal do segmento afetado, são a regra.

A maior ou menor repercussão destes fenomenos locais, dependerá naturalmente da região afetada. As complicações de ordem geral estão estritamente ligadas a repercussão sobre o aparelho circulatório e em particular o coração.

Como regra geral, poderemos considerar que quanto maior fór a fistula, isto é, quanto mais sangue passar anômalmamente, da artéria a veia, mais evidente serão os danos cardiacos.

Assim, uma quantidade X de sangue ao invés de nutrir os tecidos irá atravez um curto circuito, retornar ao coração muito mais rapidamente do que o faria normalmente.

O trabalho cardiaco fatalmente aumentará, sendo exteriorizado às expensas de um maior enchimento diastólico por um lado, e pela taquicardia por outro.

Como conseqüências finais haverá:

- 1.º) aumento de área cardíaca.
- 2.º) aumento da pressão máxima pelo aumento de volume sistólico.
- 3.º) diminuição da pressão diastólica, pelo escape de pressão através do curto circuito.
- 4.º) hiperpulsatilidade generalizada (arterial e cardíaca) devido ao aumento da pressão diferencial.
- 5.º) aumento do teor de oxigênio no sangue venoso de retorno.

### QUADRO CLÍNICO

Podemos dividir também a análise do quadro clínico em estudos dos fenômenos locais e gerais.

**Fenômenos locais.** — 1.º) *sopro contínuo*; este é sem dúvida, o sinal soberano, sem o qual não nos é licito firmar o diagnóstico. Este sopro desaparecerá se conseguirmos obstruir a artéria implicada proximalmente à fistula ou se comprimirmos totalmente no local da fistula propriamente dita. 2.º) *Ectasias venosas*: as veias nas imediações da fistula se apresentarão consideravelmente aumentadas de volume e turgência podendo ser visualizadas pulsações sistólicas algumas vezes. 3.º) *Aumento de temperatura*: o paciente devido a intensa circulação no local, apresentará aumento de temperatura e intensa sudoração na zona afetada. 4.º) *Alterações tróficas*: primordialmente quando as fistulas são localizadas nos membros e de grande duração podemos constatar, acentuado desenvolvimento trófico da zona afetada. 5.º) *Sensação de peso*: 6.º) *Aumento de teor sanguíneo de oxigênio nas veias locais*: este fato poderá ser facilmente constatado através da comparação deste sangue com o de zonas homólogas do corpo, ou de uma maneira mais precisa, utilizando-se de um sistema de garrôtes colocados de uma maneira tal a isolar um segmento de veia, estreitamente ligado a fistula e compará-lo com o sangue extraído aquém do garrote proximal a fistula. 7.º) *Oscilometria*: com frequência apresenta-se aumentada. 8.º) *Arteriografia*: é de grande importância, pois não só confirmará o diagnóstico, como mostrará segura orientação na conduta cirúrgica.

**Fenômenos gerais.** — 1.º) *Palpitações*: Queixa frequente devido não só a taquicardia, como também a hiperpulsatilidade generalizada. 2.º) *Cardiomegalia*: o aumento do coração se exteriorizará: 1.º) ao exame físico devido ao desvio do ictus que se tornará impulsivo ou mesmo cupoliforme. 2.º) aos raios X pelo aumento global da área e também pelo fluosscopia notaremos hiperpulsatilidade generalizada e aumento dos 2 ventrículos, sendo porém mais evidente o aumento do ventrículo esquerdo. 3.º) ao eletrocardiograma, teremos sinais de sobrecarga, principalmente do ventrículo esquerdo, do tipo diasto-



lico com ondas R altas com deflexão intrínsecoide atrasada e ondas T altas e acuminadas em V.5 e V.6, desvio do eixo elétrico para a esquerda e rotação anti horário do coração. 3.º) *aumento do débito cardíaco*: poderá ser constatado com facilidade pelo método de Fich, através do cateterismo cardíaco. 4.º) *aumento da pressão diferencial*: que será responsável pela hiperpulsatibilidade arterial e pelo aparecimento de sinais arteriais periféricos descritos nos portadores de insuficiência aórtica.

É interessante ressaltar que esses sinais gerais, variarão muito na dependência do tamanho e duração da fistula, podendo se apresentar desde muito discretos até suficientemente graves, para sobrevir séria insuficiência cardíaca.

#### Diagnóstico diferencial entre fistulas adquiridas e congênicas.

— *Adquiridas*: 1) localizada em ponto bem circunscrito podendo com frequência ser bem individualizada; 2) ligadas a um traumatismo; 3) como regra é única.

*Congênicas*: 1) raramente são únicas, sendo frequentemente pequenas comunicações entre artérias e veias, que se formam em enrodilhado, dependendo da má formação embriológica destes vasos; 2) mais frequentes em pequenas artérias; 3) emobria congênita, nem sempre os sinais aparecem desde o nascimento. Como resumo, o diagnóstico da fistula artério venosa de uma maneira geral, repousa nos seguintes fatos: 1.º sopro contínuo no local; 2.º aumento do teor de oxigênio nas veias diretamente ligadas a comunicações anômalas; 3.º arteriografia; 4.º sinais cardíacos (na dependência da quantidade de sangue passada anômalamente e do seu tempo de instalação).

O diagnóstico das fistulas artério venosas é fácil quando em artérias periféricas, tornando-se entretanto mais complexo, quando na intimidade dos órgãos, pois aí os quadros mais diversos poderão ser simulados.

A. B. CC. 8469482 — idade 24 anos — branco — brasileiro — procedência de São Paulo.

**Resumo da Anamnese.** — Paciente apresentando dor no dedo médio da mão esquerda há 24 anos, refere latejamento e dor desde tenra idade. Atualmente este quadro se acentuou principalmente durante o seu trabalho, apresentando também períodos de adormecimento, quando com massagens ou movimentação sente melhoria. Nada apresenta quando em repouso.

Os exames dos aparelhos são pobres, nada apresentando digno de nota. Quanto ao coração, apresenta ictus no quinto intercosto, um dedo para dentro da linha hemoclavicular. Primeira bulha palpável ++.

Hiperfonesse da primeira bulha na ponta.

Frêmito sistólico e sopro sistólico + no 3.º EIE.

*Arterias*: pulso tipo martelo d'água, grande aumento de circulação venosa na mão e braço esquerdo.

*Exame local*: veias bastante ectasiadas no dorso da mão e antebraço esquerdo. Terceiro dedo da mão esquerda bastante aumentado de volume apre-





FIG. 1

sentando rico sistema venoso bem visível, temperatura aumentada e intensa sudorese. O desenvolvimento osseo deste dedo é também considerável sendo bem maior do que o correspondente da outra mão.

Na raiz do dedo em aprêço, palpa-se um frêmito contínuo e ausculta-se um sopro contínuo e nítido. Palma da mão mostrando rico sistema venoso ectasiado e nota-se frêmito contínuo em toda área. Pequena dilatação aneurismática no punho junto ao rádio com frêmito e sopro contínuo nítido. Obstruindo-se este local manualmente, desaparece o sopro e o frêmito, entretanto imediatamente sente-se o frêmito e ouve-se o sopro no trajeto da artéria cubital. Na prega do cotovelo, na parte final da artéria humeral, nota-se outro local de sopro e frêmito.

Dosagem de  $O_2$  venoso: foram retiradas sem êxtase sangue da prega do cotovelo e braço direito e esquerdo e do dedo indicador médio de dois lados.

Usando a técnica de Van Slyke chegou-se a conclusão que o braço com fístula e o braço sem fístula, a diferença é de 1,5 volume de  $O_2$ .

### TRATAMENTO

Não há dúvida que a fístula artério venosa, comporta como tratamento a eliminação do trajeto fistuloso, seja por ligadura ou secção. Em aneurisma cirsoide, a ligadura de trajetos fistulosos têm sido tentada, mas torna-se impraticável pelo número das mesmas e disposição.

O aneurismo deve ser extirpado totalmente.

Esta extirpação fica todavia, condicionada às possibilidades de ser feita sem comprometimento do órgão ou da função do órgão no qual está implantado o aneurisma.

Deve ser ponderado também, a repercussão para o estado geral que este aneurisma trouxe. No caso em apreço, as fistulas se evidenciam desde a prega do cotovelo até o dedo médio, onde o enovelado é maior como se depreende da arteriografia. As fistulas se distribuem ao longo das artérias cubitais e radiais.

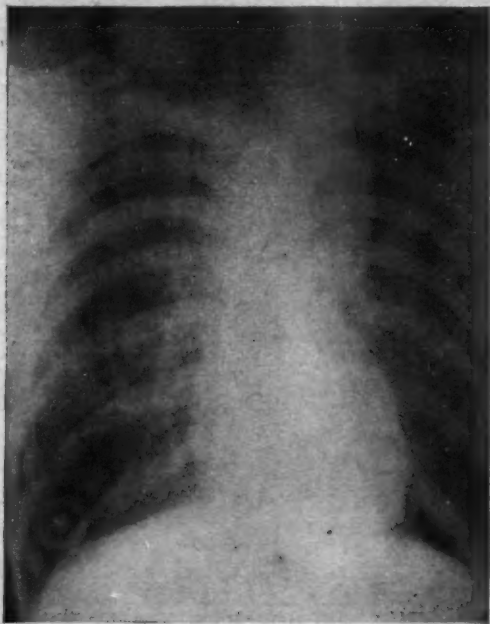


FIG. 2

Foram tentadas e feitas ligaduras de fistulas na prega do cotovelo e da radial ao nível do punho, e ligadura da artéria cubital sem resultado como demonstra o exame físico feito após o tratamento. Não há indicação, para cirurgia maior como amputação, que neste caso deveria ser ao nível do braço, já que a repercussão é praticamente nula como demonstram o eletro e a radiografia do coração.

E' mutilação que só se impõe para corrigir mal maior. A extirpação torna-se mais simples quando atinge, por exemplo, um lobo do pulmão. Ha casos na literatura descritos de gastrectomia por

hematemese causada por sangramento de aneurisma da parede, e que levou a gastrectomia total. O risco cirúrgico é maior, quanto maior forem as alterações do coração. A hemorragia deve ser controlada, pela dissecação prévia dos vasos maiores, que interessam ao órgão comprometido.



FIG. 3

As extirpações parciais só podem beneficiar naquilo que possam diminuir de quantidade de sangue que passa através das fistulas.

Não dão em geral bons resultados.

A simples ligadura das artéria também pode beneficiar.

Todos os meios devem ser utilizados para se conseguir a extirpação sob controle dos aneurismas com fistula artério venosas.

### RESUMO

Os A.A. descrevem um caso de aneurisma cirsoide do membro superior esquerdo em que foram tentadas ligaduras parciais da fistula e da artéria sem resultado. Diante da impraticabilidade da excisão total, sem comprometimento do membro, considerando a inexistência de repercussões gerais, manterão o doente sobre observação controlado.

## BIBLIOGRAFIA

*Aneurisma, artério-venoso.*

BRITO (J). — *Aneurisma artério-venoso femural*. "Fol. méd.", Rio, 18 (33):563-565, nov. '37.

PAULINO F. (A) — *Tratamento cirúrgico dos aneurismas arteriais*. "Ata méd.", Rio, 2 (5): 389-401, nov. '38.

ABREU (M. DE) & ARTIGAS (G. V.) — *Aneurisma artério-venoso da umeral com paralisia do mediano*. "Rev. méd. Paraná", Curitiba, 8 (1/2): 25-32, jan./fev. '39.

SANTOS (B. de P.) & AMARAL (Z. A. de) — *Aneurisma artérico-venoso da carótida interna no seio cavernoso*. "Arq. Brasil. Oftl." São Paulo, 3 (1):14-20, fev. '40.

SEGADAS (R. — *Quadro clínico da comunicação aorto-cava superior*. — "Folha méd.", Rio, 21 (19): 278-287, set. '40.

CAMPOS (J. M. C.) — *Aneurisma artério-venoso, aorto-pulmonar*. "An. Paulistas de med. cir.", 62 (4): 243-250, out. '51.

COSTA (Domingos Guilherme da) — *Aneurisma intracraniano carótido-cavernoso* ... "Rev. med. municipal", 12 (2): 164-172, abr./jun. '48.

EICHENBERG (Gert Eduardo Secco) — *Fístula artério-venosa dos vasos tibiais anteriores* ... "Medicina e cirurgia", 8 (5): 33-44, set./dez. '46.

FERREIRA Jr. (Oscar) — *Os aneurismas artério-venosos e sua repercussão sobre o coração*. "Vida méd.", 12 (1): 13-22, abr. '44.

HERMETO Jr. (Sebastião) — *Dois observações de aneurismas cirróides traumáticos. a) aneurisma cirróide atingindo a totalidade do membro superior; desarticulação escapulo-umeral*. "An. II Congr. med. paulista", 2:696-705, 1945.

MAYALL (Rubens) — *Aneurismas arteriovenosos e varizes arteriais*. "Rev. brasil. med.", 9 (5): 329-330, maio '52.

MOURA (J. P. Pinto de) & CIDADÉ (Marco Aurelio) — *Fístulas arteriovenosas*. "Rev. clin. de São Paulo", 12 (4/5): 106-109, out./nov. '42.

SURGERY — "Gynecology and Obst.", June 1951 — vol. 92 — 693-697.

**PHILERGON — Fortifica de fato**  
UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

**RUBROMALT**

*Extrato de malte*  
*com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*  
*Complexo B, Extrato de Fígado,*  
*Aminocidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

Início de uma  
nova era no  
tratamento de

*artrite reumatóide  
asma brônquica  
afecções alérgicas  
doenças do colágeno*

**METICORTEN**

PREDNISONA

e

**METICORTELONA**

PREDNISOLONA

São 3 a 5 vezes mais potentes que a  
cortisona ou a hidrocortisona.

Não produzem retenção de água nem de sódio.

Não alteram o metabolismo dos hidratos de carbono.

Não aumentam a excreção de potássio.

Não elevam a pressão arterial.

*Schering*  




## Prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenal

Drs. JULIO DANTE BAISTROCCHI,

MANUEL CUENCA PEREZ y

CARLOS A. COTTONARO

(Córdoba — Argentina)

Pocas publicaciones existen referentes a prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenal. Sin duda ha sido en tiempos anteriores la falta de diagnóstico radiológico exacto dado que es necesario conocer la etiología y efectuar seriogramas al acecho y captar su momento oportuno. La falta de diagnóstico del prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenal se debe a varios factores: por un lado la rareza del cuadro que nos ocupa que según algunos autores como Felman le da el 0,1 por ciento dentro de la patología digestiva; para Rees-Stealy del San Diego Country General Hospital es la misma incidencia y para Scott que es el autor que más se ha ocupado del problema, lo hace llegar al 1,04 por ciento, encontrando 14 casos en su haber; en nuestro país, Bonorino Udaonde, D'Alotto y Cabanne relatan 4 casos donde dicen que el diagnóstico se debió al estudio radiológico mucosográfico. Hay otras estadísticas que son superiores. Por otro lado el enfermo portador de un prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenal presenta una sintomatología que se la puede asociar a otros cuadros del tipo de las dispepsias gástricas como ser gastritis, periduodenitis, ptosis, etcétera; esto por supuesto hace en parte retardar el diagnóstico. Si consideramos la pléyade de enfermos que concurren a la consulta después del tiempo perdido del cual son culpables, los diagnósticos errados, la rareza del cuadro, la oportunidad de obtener seriogramas al acecho claros y convincentes veremos el motivo por el cual esta afección está descrita pocas veces en la literatura médica mundial. Hay cuadros de prolapso con mínima sintomatología; este hará perder casos que podrían engrosar la casuística.

El cuadro que nos ocupa fué hallado radiológicamente en 1926 por Penpergrass; Eliason y Wright, publicaron la primera descripción radiológica con precisión; según Pendergrass y Andrew

encontraron 99 casos en diez años en la Universidad de Pensilvania. Siguieron nuevas publicaciones desde el punto de vista radiológica a cargo de Rubin J. S., Scott W. C. A. y Kaplan I., Hawlay C., Meyer P. y Felson B., etc. El primero en describir este cuadro como entidad patológica y que hizo el relato de la parte clínica con precisión, fué von Schmieden en el año 1941. En nuestro país hay relatados varios casos entre ellos el de Mirizzi y Cinelli con 1 caso presentado a la Sociedad de Cirugía de Córdoba, los 4 de Bonorino Udaondo y colaboradores, del que ya hicimos mención. M. Herminda Sanz relató 28 casos en la Sociedade de Cirugia de Córdoba. Nostros presentamos 2 casos que fueron diagnosticados radiológica y clínicamente; fué un diagnóstico pre-operatorio que confirmo después la anatomía patológica.

### ETIOLOGIA

Varias son las causas que invocan los autores como productoras de la afección que nos ocupa. Desde el que sostiene que la causa sería una gastritis como primer tiempo (Rubin, Bockus, etc), para seguir por las fases de hipertrofia, la cual actuaría como extraño y se deslizaría a través del orificio pilórico produciéndose el prolapso. Sin embargo, no todos los autores han encontrado concomitantemente el prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenal, gastritis, lo cual redundaría en no tener por certera esta teoria. Claro está que se ha encontrado casos con gastritis y hasta con úlceras del antro pilórico que llevan de por sí un proceso de gastritis si es que aceptamos una de las tantas teorías causales del ulcus que es la gastritis previa; pero estos casos son los menos. Otros piensan en la hipertrofia primitiva de los pliegues del antro, los cuales serían empujados por el mismo contenido gástrico en cada eyaculación digestiva. Por último y la que nosotros aceptamos es la que patrocina Scott, uno de los autores que se han ocupado del tema. Sostiene este autor que la causa del prolapso debe buscar-se en el deslizamiento que sufre la mucosa sobre la capa seromuscular; este deslizamiento estaría en la submucosa, lugar por donde transcurren los vasos; sería producido por estiramientos que sufre la mucosa durante el proceso digestivo. Se basa Scott en los trabajos de Forsell y Schindler, los cuales describen movimientos musculares. Para Scott, por lo tanto, no es necesario que preexista un estado orgánico o inflamatorio. La anatomía patológica confirma esta manera de pensar; en el caso visto por nosotros se nota claramente el extropión de la mucosa gástrica a través del músculo pilórico; no hay proceso orgánico y en la vista macroscópica es posible introducir un dedo por el estómago y llevar la mucosa tras de sí; la inversa también se cumple, demuestra por lo tanto que la causa deben ser los deslizamientos de los pliegues muscosos sobre los planos profundos.

## SINTOMATOLOGIA

La sintomatología de estos enfermos es de lo más variada, pero un sintoma tiene su primer lugar y es el dolor: dolor post-prandial y que llega a su máximo en el momento de la eyaculación del contenido gástrico. Siguiendo al dolor otros síntomas que aparecen como ser: náuseas, vómitos, acidez que no calma alcalinos, eructos y hematemesis. Como vemos, un cuadro parecido al *ulcus gastroduodenal* y a veces al de un síndrome pilórico con los cuales se confunde. Pero el diagnóstico categórico, podemos decir patognomónico, lo hace la radiología, el seriograma al acecho, y colocando el enfermo en posición de Trendelenburg. La imagen típica y alrededor de la cual giran las demás variantes, están dadas por una falta de relleno en la base del bulbo duodenal y la cual depende de la cantidad de mucosa gástrica prolapsada y del grado de poder de contracción del estómago tienen un poder mayor de contracción, como si un cuerpo extraño estuviera en su luz, son estómagos irritables. La imagen de falta de relleno que dan estos cuadros es la parecida a un hongo o un coliflor o a un parasáidas. Melamed y Bralow clasifican en tres grados al prolapso según procedencia de la mucosa: 1) grado de la imagen en hongo; 2) grado de la imagen en paracaídas, y 3) grado de relleno en los bordes del duodeno. Una característica llamativa es la de Scott y es que la falta de relleno varía de tamaño y forma durante la realización del examen radioscópico y aún puede reducirse temporalmente.

## TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento distintas son las consultas propuestas por los autores: Bralow y Spellberg comienzan con tratamientos médicos o se hacen tratamiento incruento y reservan la cirugía para los casos que no ceden. Otros autores como Manning y Highsmith hacen tratamiento médico en todos los enfermos y recomiendan la cirugía en casos de hemorragia, sospecha de malignidad, concomitancia ulcerosa, etc. En general todos los autores coinciden en la terapéutica: primeramente médica y después quirúrgica. El número reducido de casos operados indicaría que el tratamiento médico, es útil en muchos casos. Ser ecléptico y resolver en cada caso clínico.

Nosotros, pensando en la etiología propuesta por Scott en los deslizamientos de la mucosa sobre los planos profundos creemos que el prolapso de mucosa gástrica es una afección cuyo tratamiento debe ser quirúrgico y apoyamos esta idea por dos motivos fundamentales: 1) en enfermos jóvenes, en los que su oficio, temperamento, medio social, o factor económico es una causa negativa para seguir el tratamiento médico, por razones obvias, se impone la cirugía, pues el tratamiento médico no conduce a nada; 2) sentando como base la etiología del prolapso de mucosa gástrica de ser un

deslizamiento de capas como creemos, siguiendo a Scott, ¿quién nos asegura que el tratamiento médico podrá fusionar esas capas que en la evolución de la enfermedad se ha desplazado sobre la otra? Si pensamos en ello veremos que sólo la intervención podrá curar ese mal. Se entiende que se afectuará la operación siempre que no haya contraindicación producida por un mal mayor como enfermedades cardíacas, renales, hepáticas, ancianos, etc. En cuanto a la intervención a seguir distintos son los planes, los que efectúan la piloroplastia, la antrotomía y la resección de la mucosa a la gastrectomía subtotal reducida. Nowgove M. y Sauler I. Y., aconsejan en el Surgery, N.º 18, 1945, la gastrectomía parcial. Nosotros hemos efectuado en el enfermo visto, una gastrectomía subtotal reducida.



Fig. 1 (Caso n.º 1) — La mucosa gástrica sorprendida en el momento de prolapsar hacia bulbo duodenal.

**Caso clínico n.º 1.** — Se trata de P. R. ficha n.º 58.968 en el Primer Servicio de Cirugía del Policlínico San Roque, cuyos antecedentes de enfermedad actual lo refiere a molestias desde hace un año y tres meses, acidez y dolor, sobre todo cuando el estómago está vacío, desapareciendo el mismo con las ingestas, volviendo nuevamente dicho síntoma con más intensidad entre las dos horas posteriores. Ha tenido vómitos matutinos, expulsando a veces flema espumosa.

**Estado actual:** Aparato circulatorio, respiratorio, urogenital, nervioso y neurovegetativo, normales. Análisis de práctica normales, estudio radiológico: se comprueba gastritis y un bulbo duodenal deformado por una falta de relleno simulando la imagen en hongo, se efectúa seriograma.

Como tratamiento preoperatorio se lo medica además de los inyectables habituales con novocaina al 1 por ciento dos cucharadas en ayunas, no notando el enfermo ninguna mejoría con este proceder. Se lo interviene quirúrgicamente efectuándose una gastrectomía subtotal según la técnica de Hoffmeister-Finsterer transmesocólica, y se notó al explorar la cavidad el borde inferior del duodeno con adherencias.



*Estudio histopatológico de la pieza operatoria:* Se comprueba extropión de mucosa gástrica en duodeno en forma de una masa mucosa que semiocluye el piloro, el enfermo es dado de alta a los diez días de su intervención.

El enfermo, visto a los seis meses de su intervención ha mejorado su estado general, notándose en perfectas condiciones.



Fig. 2 (Caso n.º 1) — La mucosa gástrica sorprendida en el momento de prolapsa hacia bulbo duodenal.

**Caso clínico n.º 2.** — Se trata de D. P. fichado en el Primer Servicio de Cirugía el N.º 64.934, cuyos antecedentes se remontan a cinco años sintiendo dolores en región epigástrica que se irradián al costado derecho y fosa iliaca derecha. Estos dolores van acompañados de aero gástrica y sensación de plenitud. Dichas molestias las siente antes de las ingestas. Eructos y regurgitaciones ácidas; el enfermo es de temperamento nervioso notando exacerbación durante las crisis.

*Estado actual:* Aparato circulatorio respiratorio, urogenital normales. Análisis de práctica normales. Estudio radiológico se comprueban prolapsa de mucosa gástrica en bulbo duodenal y una úlcera en curvatura menor tercio inferior.

Se lo interviene quirúrgicamente efectuándosele una gastrectomía subtotal según la técnica de Hoffmeister-Finsterer; al llegar a cavidad abdominal se nota que la región antro-piloro duodenal se encuentra edematizada y a la palpación da la sensación de tocar un tubo algo rígido que coincide con el lugar de la mucosa prolapsada.

*Histopatológico:* La mucosa gástrica de la curvatura menor hace extropión en el anillo pilórico cerrándolo; se constata úlcera de curvatura menor de estómago.

## COMENTARIOS

Al presentar estos casos clínicos nos lleva en especial el propósito de hacer conocer las características, diagnósticos de esta afección, inclinación de la orientación diagnóstica con un interrogatorio preciso a pesar de que el síndrome no es siempre típico y despertar





Fig. 3 (Caso n.º 2) — *Image típica en f*

en esta forma el ánimo del radiólogo para que busque pacientemente la presentación de los signos y tome el seriograma oportuno, ya que será de utilidad para el diagnóstico preciso y la indicación terapéutica. Piensa en la posibilidad de un pólipo prolapso a través del píloro con quien puede confundirse y hacer siempre un tratamiento médico de prueba que al no responder puede llevarnos a la resolución quirúrgica. En este momento consideramos que un procedimiento que sea emotivo y a la vez sin riesgo de vida ni recidivas, no da solamente la gastrectomía subtotal económica, liberando a la vez la gastritis, todo proceso ulceroso o poliposo y entre las técnicas más seguras, la de Hoffmeister-Finsterer.

Pensamos que profundizando la investigación, los casos serán más frecuentes y podríamos reconocer y tratar con precisión estos enfermos que muchas veces llevan años deambulando de médico en médico sin resultado. Si el caso tiene vómitos, pérdida de peso, melenas o hematemesis, etc., llegar al tratamiento quirúrgico sin pérdida de tiempo.

Es de nota la impresión visual y táctil que se recogió al abrir la cavidad abdominal: en trozo de 6 cm. le largo que comprendia a la zona antropiloro duodenal, ingurgitada algo edematosa y dejaba la sensación de tocar como si fuere una invaginación intestinal.



Fig. 4 (Caso n.º 2) — Imáge de ?? claramente las cuerdas del ??

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) BONORINO UDAONDO (C), D'ALOTTO y CABANE (E.) *Prolapso de la mucosa gástrica en el bulbo duodenal*. "La Prensa Médica Argentina", 36: 1654, 1949.
- 2) REUSI (C.), CEZZI (H.) y RIGOLI (Mario) — *Prolapso de la mucosa gástrica en bulbo duodenal*. "La Prensa Médica Argentina", 38: 1277, 1951.
- 3) MIRIZZI (P.) y CINELLI (A.) — "Soc. de Cirugía de Córdoba", pág. 379, 1950.
- 4) BOKUS (H.) — *Gastroenterología*, 1: 792, 1948.
- 5) BRALOW (S.) y MELAMED (M.) — *Prolapso of redundant or Hipertrófiad gastric mucosa*. "The Amer. J. of Dig. Diseases", 14: 215, 1947.
- 6) ELIASON y WRIGHT. — *Benign Tumors of the Stomach*. "S. G. and Obst.", 41: 461, 1925.
- 7) CAVE (A.) y CURPHEY (M.) — *Prolapso of Redundant Gastric mucosa*. "S. G. and Obst." 88: 108, 1949.
- 8) RUBIN (J. S.) — *Prolapso of Polypoid Gastric mucosa into the Duodenum. With malignant Changes*. "Radiology", 38: 362, 1942.
- 9) HAWLEY (C.), MEYER (P.) y FELSON (B.) — *The Roentgenologic Diagnosis of Prolapsed gastric mucosa*. "The Amerc. I. of Roentgenologic and Radium Terape", 784, 1949.
- 10) WATER (C.) y KAPLAN (I.) — *Year Book of Radiology*, 133: 1947.
- 11) SCOTT (W. C.) — *Radiographie Diagnosis of Prolapsed Redundant Gastric mucosa into Duodenum*. "Radilogy." 46: 547, 1946.
- 12) FERSUSON (I. A.) — *Prolapso de la mucosa gástrica*. "Anales de Cirugía", 7: 894, 1948.
- 13) MANNING (I.) y HTHSMITH (G.) — *Prolapso of the gastric mucose througg the Pylorio canal into the duodenum*. "Gastroenterology". 10: 645, 1948.
- 14) HERMIDA SANZ (M.) — *Prolapso de mucosa gástrica en bulbo duodenla*. "Sociedad de Cirugía de Córdoba". Agosto de 1953.



**climax**

# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

## Osteomielite generalizada e de evolução insidiosa por provável ação do ACTH e do cortisone

Dr. FERNANDO CHAMMAS

(Chefe do Instituto de Radiologia do Hospital Matarazzo e Assistente do Serviço de Radiologia do Hospital das Clínicas).

Dr. JOÃO VALENTE BARBAS F.º

(Médico Residente do Hospital das Clínicas — (3.º C. M. — Serviço do Prof. O. Rodovalho).

Com o emprego do ACTH e Cortisone em maior escala começaram a surgir quadros atípicos de evolução de vários processos, principalmente os de fundos infecciosos, pois esses medicamentos pelas alterações que produzem no mecanismo dos processos inflamatórios mascararam-nas por apagar os sinais cardinais da inflamação e por outro lado inibindo a proliferação mesenquimal que normalmente circunscreve os focos permitem que estes se estendam, agora silenciosamente, de modo a nos surpreender posteriormente com o estado das lesões.

Apresentamos este caso por julgarmos que a evolução anormal tenha ocorrido pela ação dos medicamentos acima.

W. S. 12 anos, masculino, solteiro, brasileiro. Internado em 28-11-52.

Há 7 dias, caiu batendo a porção superior da coxa sobre um caibro, levantou-se e andou, não sentindo muita dor no local. Passadas uma seis horas, quando se firmava na perna D., ao andar notou que a região traumatizada e o tornozelo D. doíam, porém, não impediam a deambulação. No dia seguinte pela manhã, doia espontânea e com intensidade a porção superior da coxa e do tornozelo não permitindo que andasse, tendo guardado leito. Nos dias seguintes passou a ter sensação febril e a intensificarem as dores no membro inferior D., de tal modo a impedir e o menor movimento do mesmo. por isso procurou o Pronto Socorro deste Hospital.

Nos antecedentes individuais e familiares nada digno de nota.

Nega reumatismo no passado.

E. F. G. Paciente do sexo masculino apresentando a idade que diz ter. Facies febril. Permaneceu no leito com os segmentos do membro inferior D. fletidos. Mucosas coradas.

P=120 P.A.= T.axilas- 39°C T.r= 40°C

Segmento cefálico=n.d.n. crânio- n.d.n.

Face- n.d.n.

Boca=dentes bem conservados. Orofaringe=Hiperemia dos pilares, amígdalas aumentadas de volume e hiperemiadas.

Pescoço=n.d.n. Torax: ap. respirt.=n.d.n.

Ap. circulatório=n.d.n. Abdomen=n.d.n.

Membros inferiores: — A coxa apresenta-se aumentada de volume no seu terço superior à custa de tumefacção de partes móles, não apresenta rubor da pele, embora essa porção esteja mais quente e à palpação seja dolorosa.

A perna e pé=n.d.n.

Impossibilidade de elevar o membro inferior D. Dôr à elevação passiva do membro principalmente quando acompanhada de flexão e do abdução.

Com o diagnóstico de miosite da coxa D., foi internado no Pronto Socorro e medicado com penicilina 100.000 unidades cada 3 horas, i-m, estreptomomicina cada 12 horas e dieta geral. Nos dias seguintes Dibiotyl.

*Evolução:* O paciente apresenta febre diária torno de 38, 5° C. e se queixando de dores na coxa D. e impossibilidade de movimentação da mesma. Ao exame, nos dias seguintes, a coxa continua aumentada de volume, mais quente e apresenta intensas dores à movimentação.

Nove dias após a internação surgiu dôr, edema, calor na articulação do cotovelo D.

Onze dias após a internação apresentou as articulações do cotovelo D., punho D., coxo-femural e tornozelo D. com edema, calor e impotencia funcional.

A ausculta do precórdio notou-se taquicardia, galope e atrito pericárdico. O fígado foi palpado a 2 dedos, bordo liso e regular e o baço a 2 dedos, arredondado, consistência elástica.

Foi feito o diagnóstico de reumatismo poli-articular agudo e o paciente foi transferido para a 3.ª C.M.

3-12- Reação de Weltmann: Zona de coagulação até o tubo n.º 1.

3-12- Hemossedimentação: 56 m.m. na 1.ª hora. Normal para esse caso até 24 m.m. na 1.ª hora.

1-12- Hemograma: Hemacia 4.000.000 HG-70+-11, 2 gr./  
VC= 0,9 Leucocitos=11.700

Neutrófilos Bastonetes-16.  
Segmentados-73

Eosinófilos 0.5  
típicos 5,5

Linfócitos atípicos - -  
Leucocitoides 0.5

Monócitos 3.

OBSERVAÇÕES: Acentuado desvio à esquerda. Grande quantidade de grânulos tóxicos em quasi todos os neutrófilos.

Exame de urina: Densidade 1.034  
Substâncias f redutoras - -  
Sedimento: sem elementos anormais.

RX do torax (2-12-52)

Transparência normal do parênquima.

Aumento global da área de projecção frontal do coração com nitida preponderância de febre reumática, foi medicado com A.C.T.H. (12,5mg) em 500 cc de soro glicosado a 5% gt a gt na veia (20 gts p/ minut), dieta acloretada, cloreto de potássio 0,5 g. — 2 vezes ao dia e Dibiotyl 0,5 gramas cada 12 horas. Essa medicação foi mantida durante 6 dias (6-12 a 12-12).

Nesse intervalo, os sinais inflamatórios das articulações acometidas diminuíram sensivelmente, permanecendo apenas levemente dolorosas com exceção



da coxo-femural D. que pouco se alterou. O atrito pericárdico se esvaiu e a frequência cardíaca manteve em 120 e a temperatura era em volta de 37°C, tendo tido 39º em 12-12.

R. Weltmann (9-12-52): — Zona de coagulação até o tubo n.º 2 1/2.

Hemossedimentação: — 55mm na 1.ª hora.  
normal até 28 mm na 1.ª hora.

E.C.G. (9-12-52): — Dentro dos limites da normalidade para a idade.

RX do torax (-12-52): — Transparência normal do parênquima. Aumento global da área de projeção frontal do coração.

Apagamento dos seios cardio-frênicos.

Sinais radiológicos de derrame pericárdico (Dr. A. de Mello).

(14-12-1952)

Nos dias seguintes passou a tomar enterosalil — 4 a 6 grs. diárias e Dibiotyl 0,5 gr. cada 12 horas. As dóores articulares permaneceram discretas, a frequência cardíaca ainda alta, em torno do 130. Hemossedimentação em 18-12-52: — 53 mm na 1.ª hora. Normal 24mm.

No período de 19-12 a 4-1-53, tomou somente cortizone 250 mg. nos 4 primeiros dias e depois 150 mg. nos dias seguintes e cloreto de potássio. Havendo pequena melhoria do quadro articular e cardíaco. O quadro febril apresentava temperatura que oscilava entre 37º e 37,5º diariamente.

Hemossedimentação (6-12) 53 mm na 1.ª hora Normal até 20 mm.

R. Weltmann (30-12) coagulação o tubo n.º 1.

RX do torax (24-12).

Campos pulmonares de transparência normal.

Aspecto triangular da imagem cardíaca. Ângulo cardiofrênico pouco profundo. Alargamento do pedículo.

Sinais de pericardite.

(Dr. E. COTRIM)

Como apresentasse sinais de síndrome de Cushing, foi suspenso o cortizone e restabelecida a terapêutica com enterosalil — 6 gr. diariamente durante o período de 3-1-53 a 28-253.

Por volta de 15-1-53, só apresentava a porção superior da coxa edemaciada e dolorosa com gânglios pequenos e dolorosos na região inguinal. Apresentava a coxa permanentemente fletida sobre a bacia e a perna sobre a coxa. Porisso foi pedido RX da articulação coxo-femural D., todos os achados constaram de:

Coxo-femural D.: — Sinais de epifisiolise (fratura por deslização da epífise capital do femur, com apreciável luxação da epífise Cavidade acetabular de aspeto rugoso e irregular, completamente desabitada. Colo femural fundido com o teto externo do acetabulo até as proximidades da espinha iliaca anterior. Alterações nas relações dos ossos das articulações coxo-femorais como sequela. Alterações extruturais profundas, atípicas e predominantemente osteolíticas do Iliaco D.

Passou bem, apenas com dóres na raiz da coxa D. e na articulação coxo-femural D. 1 0 pulso oscilava em torno de 120 e a temperatura atingindo diariamente 38pC.

No dia 2-2-53, apresentou dór, edema, rubor, calor na articulação do cotovelo D. e 1/3 inferior do braço que radiografadas revelou alterações ósseas semelhantes à da epífise do femur.

No dia 7-2-53, apresentou sinais inflamatórios do tornozelo D., um pouco acima do maléoloexterno. A radiografia do local revelou idênticas alterações.

Foi transferido para a Ortopedia.

Instituiu-se tratamento geral e cuidados ortopédicos do coxo-femural.

O controle radiológico periodico tem mostrado modificações regenerativas, escassas e lentas. A reconstituição óssea dos segmentos lesados vai se fazendo de maneira atípica e elevações irregulares de temperatura fazem suspeitar de que a molestia não se acha totalmente curada.

## COMENTÁRIOS

Provavelmente por ocasião de sua entrada no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas o paciente apresentasse epifiseolise e osteomielite da extremidade proximal da metáfise do fêmur direito.

Com o tratamento antibiotico instituido houve melhora porém não completa cura das lesões, nem extinção bacteriológica.

Durante sua internação o paciente apresentou quadro interpretado com surto de reumatismo poliarticular agudo caracterizado pelo acometimento articular do cotovelo, punho e tornozelo direitos, assim com sinais evidentes de pericardite: atrito pericárdico e posteriormente sinais clínicos e radiológicos de derrame do pericárdio que regrediram com a evolução.

Instituida a terapia pelo ACTH e Cortisone o surto reumático pareceu ceder pois os sinais inflamatórios articulares regrediram rapidamente assim como a pericardite. Não foram observadas lesões valvulares. Não houve entretanto, correspondente melhora do estado geral.

A febre persistiu durante toda a evolução e a articulação coxo-femural permaneceu inalterada.

Nessa ocasião foi que se constataram as lesões descritas na articulação coxo-femural direita.

Aparentemente o paciente apresentou novo surto reumático com acometimento da articulação do cotovelo e tornozelo direito, que estudados radiologicamente agora revelaram lesões de osteomielite já em fase adiantada, não parecendo processo inicial mas exacerbação de focos preexistentes.

Um esforço para se interpretar a sintomatologia e evolução do paciente nos conduziu a pensar que o surto reumático não era outra coisa senão focos de osteomielite nas referidas metáfises com comprometimento articular uma vez que o novo surto acometeu as mesmas articulações e radiologicamente não fica bem explicada.

O tratamento pelo ACTH e Cortisone instituído por ocasião do "surto reumático", diminuindo os sinais inflamatórios pareceu fazê-lo ceder mas na realidade permitiu a extensão do foco osteomielítico, pela inibição que exerce sobre a proliferação mesenquimal, assim como permitiu que se ampliassem outros focos oriundos de bacteremias, que normalmente o organismo circunscreve e extingue. Daí as lesões extensas, poliestóticas e insidiosas, de uma lesão habitualmente unifocal e de evolução atualmente rápida sob a ação de anti-bióticos.

O quadro radiológico grave em contraste com a apagada sintomatologia clínica só elucidou-se pelo exame anátomo-patológico. Tratava-se de lesão osteomielite inespecífica. Cairam as hipóteses de lesão óssea sistêmica grave, sugeridas pela ausência dos caracteres flogísticos inseparáveis da osteomielite.

Este caso parece representar bem a considerável mudança que estamos apreciando diáritamente nos quadros patológicos de várias molestias em virtude de várias drogas medicamentosas de uso corrente em nossos dias.

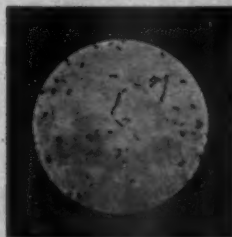
## LEITELHO EM PÓ ELEDON

Um alimento medicamentoso que sempre deu provas de alta eficácia



Indicado na realimentação e como auxiliar dietético nos casos de

- DISPEPSIAS
- DIARRÉIAS
- DISENTERIAS
- TOXICOSES
- DISTROFIAS
- ATROFIAS
- HIPOTREPSIA
- ENTEROCOLITES
- CÔLERA INFANTIL
- ANOREXIA
- DOENÇA CELIACA
- PILOROESPASMO
- ECZEMAS



Cultura pura de estreptococos lácteos utilizados na acidificação do ELEDON.



Coágulo de Caseína (ELEDON) preparado com mucilagem de amido. As partículas não aderem umas às outras o que facilita a circulação do suco gástrico. (480 X)

**NESTLÉ**

A dificuldade do resultado terapêutico integral da

# AMEBÍASE

decorre do fato, hoje estabelecido, de que a *Endamoeba histolytica* é eminentemente tissular, visto existir em comensalismo na luz intestinal e em atividade citolítica e necrosante na intimidade dos tecidos entéricos e extra-entericos do fígado e vias biliares, cérebro e pulmões, trato uro-genital, colo e corpo do útero, pele e mucosas, articulações.

É lógico, portanto, que somente será obtida a terapêutica integral da

## AMEBIASE HISTOLÍTICA

por intermédio de um amebicida dotado de:

- ⊗ ação antiamebiana intestinal e extra-intestinal,
- ⊗ porém suficientemente atóxico para permitir administração durante o prazo necessário à erradicação geral de todos os focos orgânicos da *E. histolytica*.

# RESOCOMBIN

sintetizado na Alemanha, constitui a maior conquista terapêutica de após-guerra.

- ⊗ É o único amebicida de ação entérica e extra-enterica rigorosamente atóxico e isento de arsênico, bismuto ou outros componentes tóxicos.
- ⊗ Permite tratamento durante o tempo necessário à erradicação total dos focos de *E. histolytica*.



## LABORATÓRIO CORTI DO BRASIL

Rua Madre Cabrini, 328 — Tel.: 7-1131 — S. Paulo

### *Filials*

Rio de Janeiro — Porto Alegre — Belo Horizonte — Goiânia —  
Londrina — Recife

## Cura radical da hérnia inguinal na infância

Dr. VIRGILIO A. DE CARVALHO PINTO

Dr. PLINIO CAMPOS NOGUEIRA

(São Paulo)

A hérnia inguinal tem sido a afecção cirúrgica mais freqüente em nosso Serviço de Cirurgia de Criança. Na infância, ela é representada quase que exclusivamente pelo tipo congênito ou oblíquo externo. Nossa experiência baseia-se na observação de 740 crianças operadas por nós e pelos assistentes do serviço (Drs. R. V. Moraes, J. Pinus e P. Nogueira).

A observação destes casos nos permite tirar as seguintes conclusões:

- 1.<sup>a</sup>) As possibilidades de cura espontânea definitiva da hérnia inguinal na infância são raras. Os casos de hérnia em crianças prematuras, débeis ou distróficas merecem na realidade um período de observação, durante o qual procurar-se-á evitar o choro, a tosse e a constipação, afim de poder verificar o possível fechamento do conduto peritônio vaginal persistente e o desenvolvimento das estruturas músculo-aponevróticas. Nestes casos, as condições gerais por si contra-indicam a intervenção cirúrgica, sendo aconselhável a observação cuidadosa da criança. Salientamos cautelosa, porque é principalmente no primeiro ano de vida que se dão os estrangulamentos. Nas crianças eutróficas com estruturas músculo-aponevróticas normalmente desenvolvidas, achamos que a solução definitiva e aconselhável é a intervenção cirúrgica, sendo contra-indicado o uso de fundas ou aparelhos contensivos.
- 2.<sup>a</sup>) A idade em si nunca constitui uma contra-indicação operatória. A criança desde a tenra idade suporta perfeitamente bem a intervenção cirúrgica, não apresentando quaisquer dificuldades sob o ponto de vista técnico. Assim sendo, desde que a criança esteja em boas condições gerais, a indicação cirúrgica pode ser feita.
- 3.<sup>a</sup>) O maior perigo da hérnia inguinal reside no estrangulamento de alças intestinais. Este ocorre nos primeiros meses da vida e agrava consideravelmente o prognóstico, podendo lesar alças intestinais e comprometer a circulação do testículo. O simples encarceramento de alças intestinais, de freqüência maior, acar-



reta também em certos casos graves inconvenientes. Estes fatos acentuam as vantagens da intervenção precoce.

- 4.<sup>a</sup>) A técnica cirúrgica utilizada na correção da hérnia tem sido discutida por vários AA. Em todos os nossos casos utilizamos o mesmo método, cujas bases fisiopatológicas acreditamos sejam as recomendáveis na correção da hérnia inguinal na criança. As incisões transversais de dimensões pequenas e traçadas de acordo com as linhas de força da região, permitem boa visibilidade do campo operatório e a reconstrução em excelentes condições anátomo-funcionais e cosméticas. A abertura da aponevrose de inserção do m. oblíquo externo permite a dissecação completa do saco herniário. A manobra de BARKER convenientemente realizada é útil. A aproximação músculo-aponevrótica em plano pré-funicular cremos necessária. Este método conserva o funículo espermático intacto sem tração ou compressão em sua situação pré-peritoneal e em seu trajeto mais curto. O fato de a persistência do conduto peritônio-vaginal ser a razão fundamental da hérnia na criança, não exclui a possibilidade de haver uma inserção alta das fibras dos mm. oblíquo interpo e transversos. Assim, a simples supressão do saco herniário não modifica a conformação herniôgena que possa existir. A falta de inserção pubiana desses músculos ocasiona o chamado completo inguinal, que com o crescimento pode determinar a formação do triângulo de Hessert, potencial na criança. Assim sendo, a aproximação músculo-aponevrótica teria também uma finalidade profilática com relação a uma possível hérnia por debilidade da parede, além de evitar a recidiva da hérnia oblíqua externa. A sutura sub-cuticular por nós preconizada e a proteção da ferida operatória com preparado apropriado é altamente conveniente.
- 5.<sup>a</sup>) A observação dos nossos pacientes operados, desde 1945 até a presente data, não nos mostrou nenhum caso de recidiva ou de qualquer complicação que pudesse ser imputada a intervenção. A ausência de mortalidade nos casos de hérnia não estrangulada e os resultados funcionais e cosméticos são os melhores possíveis, o que nos permite afirmar que o tratamento cirúrgico corretamente indicado e convenientemente executado constitui a solução ideal para a cura radical da hérnia inguinal na criança.

#### BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO PINTO (V. A. de) — *Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal na criança*. — "Rev. Med. Cir. São Paulo", 8 (9):41 pp., 1948.
- CARVALHO PINTO (V. A. de) — *Bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal na criança*. — "Rev. Paul. de Med.", 35 (2):131-134, 1949.
- CARVALHO PINTO (V. A. de) — *O problema da hérnia inguinal na criança. Considerações em torno de 300 casos operados*. — "Rev. Paul. de Med.", 40 (1):19-26, 1952.

# Benzetacil 600

PENICILINA DE AÇÃO PROLONGADA SEM PROCAÍNA

- Ausencia de reações à procaína
- Níveis sanguíneos mais prolongados
- Suspensão aquosa
- Facilidade de aplicação
- Economia

Indústrias Farmacêuticas



*Fontoura-Wyeth S.A.*

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia  
No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura - Wyeth S.A. - São Paulo

**Lypyomycina**

**Lypyomycina**

**Lypyomycina  
Pediátrica**

Caixa contendo um frasco com 400.000 U. de penicilina Schenley (100.000 U. de penicilina G potássica cristalina, 300.000 U. de penicilina procaina cristalina), 0,25 g de estreptomycina Schenley e 0,25 g de dihidroestreptomycina Schenley, sob a forma de sulfato, - e uma ampola de 2 cm<sup>3</sup> de lisado isotônico de leucócitos.

*Sinergia antimicrobiana penicilina-estreptomycina, associada a um mobilizador dos mecanismos naturais de defesa orgânica: o lisado isotônico de leucócitos.*

Caixa contendo um frasco com 400.000 U. de penicilina Schenley (100.000 U. de penicilina G potássica cristalina, 300.000 U. de penicilina G procaina cristalina), 0,125 g de estreptomycina Schenley e 0,125 g de dihidroestreptomycina Schenley, sob a forma de sulfato, - e uma ampola de 2 cm<sup>3</sup> de lisado isotônico de leucócitos.

**TRATAMENTO DAS INFECÇÕES  
CAUSADAS POR GERMES  
SENSÍVEIS A PENICILINA  
E A ESTREPTOMICINA.**



**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.**  
**RIO DE JANEIRO**

LVC P-4

## Orientação geral no tratamento pré-operatório do hipertireoidismo

SEBASTIÃO HERMETO JÚNIOR

*(Docente livre de clínica cirúrgica, e de tec. cirúrgica e civ. exp. da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo. Chefe de clínica cirúrgica substituto da Santa Casa de São Paulo).*

Indiscutivelmente os excelentes resultados obtidos atualmente com o tratamento cirúrgico do hipertireoidismo são devidos em grande parte ao cuidadoso e sistematizado tratamento pré-operatório. A própria técnica e tática cirúrgicas ficam condicionadas ao preparo pré-operatório — desde que a condição básica do sucesso operatório é a redução completa do estado de tireotoxíose. A preocupação de melhorar os conhecimentos da anatomia cirúrgica da região tireoídea, bem como utilização de uma apurada técnica anatômica, além do conhecimento dos recursos táticos adaptáveis aos diversos tipos de bólios basedofícos — muito contribuíram para a eliminação das chamadas complicações pos-operatórias das tireoidectomias sub-totais, melhorando as estatísticas. Urge, no entanto, utilizar um metódico pré-operatório nos portadores de hipertireoidismo, seja nos casos de doença de Basedow ou dos diversos tipos de adenomas basedofícos, como condição para o êxito das modernas técnicas das ressecções tireoideas amplas.

Já em trabalhos anteriores (15-16) salientamos a excepcional importância do tratamento pré-operatório do hipertireoidismo. Podemos dizer — sem errar, e sem parecer conceito extremado, que os poucos e raros casos de insucessos atuais observados, ainda, na cirurgia do hipertireoidismo — são consequentes a um preparo pré-operatório inconveniente ou a uma precocidade na indicação operatória, antes da completa redução da tireotoxíose dos doentes.

O estudo geral da literatura demonstra com precisão três épocas ao preparo pré-operatório dos portadores de hipertireoidismo. A primeira é anterior a 1924, ou, mais precisamente — ao magistral trabalho de Plummer (*in* 23 e 27), que referiu os excelentes resultados do tratamento da tireotoxíose (600 casos) pelo iodo, observando em 95% dos doentes remissão notável dos sintomas e sinais. Não devemos esquecer, no entanto, que entre 1904 e 1911 Kocher (*in* 27) utilizou o iodo no tratamento do hipertireoidismo, porém, referiu resultados desagradáveis.

Em 1910 descrevia Kocher (*in* 27) o chamado iôdobasedow, que seria uma tireotoxíose provocada pela administração de iôdo em portadores de bócio simples (não basedoficados). As ideias de Kocher fizeram com que o iôdo fosse por certo tempo abandonado, embora desde esta época certos observadores, como Ohlemann (*in* 27), salientassem que os maus resultados eram consequentes às doses excessivas. Com o advento dos resultados de Plummer generalizou-se o iôdo como medicação no estudo do desenvolvimento do tratamento pré-operatório data, pois, de 1924, e vai até aos estudos das drogas antitireotóxicas por Atswood (1943-1).

Já referimos que os resultados em geral obtidos pela cirurgia do hipertireoidismo nos doentes preparados com iôdo foram excelentes, embora as estatísticas mencionassem, ainda, mortalidades de 12, % nos casos de Basedow (Pemberton, Pemberton e Haines — *in* 27). Para os bócios basedoficados a incidência reduziu-se muito, chegando mesmo abaixo de 1 %. A própria mortalidade nos casos da doença de Basedow, que era alta no período inicial do tratamento pelo iôdo (chegando a 12,5 % p. ex. na estatística de Pemberton) — foi reduzida posteriormente por uma mais paciente e constante preparação dos doentes, bem como pela administração do lugol por via endovenosa, associado à inibição da hipofise anterior pelos esteróides (especialmente o estradiol).

E' verdade que há demora para a redução do estado de tireotoxíose nos casos de doença de Basedow, com a medicação pelo iôdo, e variável é a reação individual quanto a redução do estado tóxico. Mesmo com a utilização do iôdo, ainda, continuava relativamente alta a mortalidade operatória na doença de Basedow.

Em nossa prática anterior a 1943 (época do tiouracil) observamos as dificuldades de reduzir a tireotoxíose da doença de Basedow pelo iôdo, comparativamente a grande facilidade e rapidez de remissão da tireotoxíose dos bócios basedoficados.

Em 1943 com os exaustivos e persistentes estudos de Astwood 1) começa o terceiro período no desenvolvimento do tratamento pré-operatório do hipertireoidismo, continuando numa série ininterrupta de trabalhos (2-3), especialmente com a utilização do propiltiouracil, a partir de 1945.

Os derivados do tiouracil, especialmente o propiltiouracil, representam um apreciável e ativo meio de reproduzir com certa rapidez a tireotoxíose, porém não isentos de perigos, pois, àquelas substâncias infelizmente determinam em pequena incidência o aparecimento da neutropenia e agranulocitose. Usados com prudência e sob controle hematológico, representa o propiltiouracil excelente meio de preparação pré-operatório. O período iniciado em 1943 continua em franco desenvolvimento, pois, as pesquisas se multiplicam no intuito de encontrar uma substância antitireotóxica ativa sem a possibilidade de determinar leucopenia ou agranulocitose ou fenômenos tóxicos gerais.



A literatura, neste particular, mais recentemente refere varias substancias: o 1-methyl-2-mercapto-imidazol e o o 1-ethyl-2-mercap-timidazol (5), o sodio 5- iodo — 2 thiouracil (11 e 25), o tapazol (17).

Por outro lado os estudiosos procuraram os meios de inibir a hipófise anterior, no intuito de reduzir a produção da hormona tireotropica, responsavel pelo desenvolvimento do exoftalmo na doença de Basedow e nas formas graves bócios basedoficados, além dos sintomas neuro-vegetativos. A inibição da hipófise anterior poderá ser feita pelos esteróides ou pela ação dos raios X (roent-genterapia).

A literatura recente tem salientado os bons resultados da irradiação da hipófise principalmente nas formas graves do exoftalmo: Beierwalter (6), Jones (19), Paufigue, Papillon e Guinet (26). Em nosso meio as formas graves do exoftalmo são rarissimas, para não dizer excepcionais. As formas de exoftalmo que observamos habitualmente na doença de Basedow não apreentam aqueles graus extremos descritos especialmente como formas hiperoftalmopaticas por Means (The thyroid — 2.<sup>a</sup> ed., pgs. 515-423 — 1937), e conhecidas na literatura geral como exoftalmo maligno.

Damos preferência para a inibição hormonal da hipófise, e utilizamos os esteróides, especialmente os estrogenos naturais como o estradiol, e no decurso deste trabalho iremos sistematizar as doses que utilizamos no pré-operatório. Os estrógenos sintéticos apresentam igualmente apreciavel efeito inibidor, como demonstraram Buu-Hoi e Okie (*in* 24) com o parahydroxypropiophenoma (H 365).

E' digno de salientar-se que no laboratório de Selye, em Montreal, Guillemin (14) não conseguiu experimentalmente demonstrar atividade frenadora da hipófise com o H 365. Não temos experiência pessoal com os estrógenos sintéticos. O H 365 apresenta fórmula similar ao estilbestrol, que possui ação identica. Os inconvenientes dos estrógenos sintéticos, e que sempre nos pareceram apreciáveis — são as constante reações apresentadas pelos doentes, como nausea, vômitos, cólicas abdominais, além de outras perturbações renais, hepáticas e suprarrenais. Entre nós, em São Paulo, De Finis (12) tem simpatias pela testosterona. Temos utilizado em hipertireoidismos no sexo feminino áquela mediação, de efeito realmente inibidor, como o estradiol, sobre a hipófise. Não observámos jamais fenomenos de intolerancia ou efeito masculinizantes.

Desejamos, ainda, nesta revisão sumária das grandes medicações pré-operatórias, fazer referências aos ensaios atuais com acth e cortisona no tratamento das formas de hipertireoidismos. Em excelente e critico estudo Hill, Reiss, Forsham e Thorn (*in* 34) observaram uma exacerbação inicial do hipertireoidismo, seguida de uma posterior depressão da função tireoideana, através de uma inibição da hipófise. Os resultados, ainda são de uma casuistica pequena (10 doentes) e só permitem conclusões restritas. Fazemos referências, no entanto, pela importancia do fato, a um caso de

doença de Basedow referido no trabalho de Hill e outros (*in* 34 — pág. 262), de apreciável efeito do "acth" como preparo pré-operatório, exclusivo: foram utilizadas doses de 40 mg. durante dez dias, e durante cinco dias doses de 80 mg.

Entre os meios modernos de tratamento do hipertireoidismo se destaca o iôdo radioativo, cujos resultados otimistas continuam a aparecer na literatura (Blomfield e outros — 8, McCollagh-22), embora este método não se tenha generalizado principalmente pela dificuldade de determinar-se a dosagem ótima.

Recentemente Sweeney e associados (32) estudaram aquela questão, referindo doses totais simples entre 4 a 50 microcuries de iôdo 131: observou que os bócios nodulares não são reduzidos de volume, e são mais resistentes ao tratamento.

No trabalho de McCullagh (22) são referidos excelentes resultados principalmente na doença de Basedow, embora observasse em 10% dos doentes o hipotireoidismo, de duração transitória, na casuística do autor. O iôdo radioativo não foi, ainda, utilizado como tratamento pré-operatório, sendo usado como tratamento clínico e conservador, ou nos casos de contra-indicações cirúrgicas, que são, no entanto, raros atualmente.

Podemos sumárizar as grandes aquisições no terreno do tratamento pré-operatório: as soluções de iôdo, os derivados do tiouracil (inclusive o iodotioracil), os esteróides. Não podemos deixar de mencionar, ainda, a própria tiroxina, como inibidora da hipófise anterior, cuja utilização, no entanto, é mais do domínio do pós-operatório, após as grandes ressecções da tireóide, inclusive totais, na doença de Basedow e nos bócios basedoficados.

### SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DO HIPERTIREOIDISMO

Neste ensaio geral desejamos tão somente referir a conduta que utilizamos no pré-operatório habitual, deixando de lado os seguintes problemas: pré-operatório durante a gravidez (primeiros meses), pré-operatório nos casos de hipertireoidismo associado à hipertensão arterial, ao diabetes mellitus, à insuficiência cardíaca, às hepatites e às psicoses. Constituem questões de âmbito do especialista, enquanto o pré-operatório geral no hipertireoidismo requer uma sistematização e divulgação mais ampla, reservando-se os casos de hipertireoidismo com as complicações referidas para uma análise e medicação mais particularizada a cada caso.

Por um critério de método consideramos três grandes grupos de hipertireoidismos, quanto a sua gravidade, no sentido puramente clínico, conforme já referimos em nossos primeiros estudos (1946-15):

- a) formas frustas de hipertireoidismo, com metabolismo basal oscilando entre + 20% a + 35%;
- b) as formas de gravidade média do hipertireoidismo, oscilando o MB entre + 35% e + 70%;
- c) as formas graves do hipertireoidismo, com MB entre + 70% e + 100%, ou mais.

Nas fórmulas frustas do hipertireoidismo o tratamento pré-operatório é simples, e de efeitos rápidos, pois, a medicação pelo iodo em pouco tempo reduz o metabolismo basal aos limites do normal (+ 10%), embora sejamos de opinião que é ideal não operar antes de um mês de medicação pelo iodo, no intuito de reduzir a hiperplasia tireoidea, bem como a vascularização, nos casos de hiperplasias parenquimatosas difusas. Nas formas de hiperplasias nodulares só um prolongamento da medicação poderá reduzir, com o tempo, o volume dos nódulos.

Como norma geral, nas formas de hipertireoidismo frusto, devemos manter pelo menos um mês o doente sob a medicação pelo iodo. Não achamos indicado, neste primeiro grupo, as modernas drogas antitireotóxicas — pois, a preparação com iodo é excelente. A dosagem ideal está geralmente acima de 6 mg. por dia, suficiente para determinar resposta provável, igual às doses maiores. Podemos dizer que as dosagens entre 6 mg. e 20 mg. são ótimas para a redução da tireotoxicose. Utilizamos em nossa prática algumas fórmulas habituais.

Solução de Gram-Lugol:

Iodo .....	1 gr.
Iodeto de potássio ..	3 gra.
Água destilada ....	300 gra. — M. 100 cc.

Utilizamos nas formas frustas uma colher de café, em leite ou água com açúcar, após as duas principais refeições.

Não temos simpatia pela fórmula do lugol forte, embora possa ser utilizada com critério.

Lugol forte:

Iodo .....	5 gra.
Iodeto de potássio ...	10 gra.
Água destilada .....	100 gra. — M.50 cc.

Nas formas frustas as doses devem limitar-se a 2 gotas, duas vezes por dia, em leite ou água, com açúcar.

Uma fórmula de iodo que achamos de grande interesse, e que utilizamos com frequência, é a que associa o iodeto de cálcio:

Iodo .....	0,5 gr.
Iodeto de cálcio .....	5 gra.
Água destilada .....	300 gra.

Nas formas frustas utilizamos uma colher de café, duas vezes por dia, no leite ou água com açúcar.

Podemos, ainda, usar o lugol a 1% de iôdo, fórmula usada pelos alemães:

Iôdo .....	1 gr.
Iodeto de potassio .....	2 grs.
Água destilada .....	100 grs.

Nas formas frustas em média 5 gotas duas vezes por dia.

Ao lado do iôdo nas formas frustas do hipertiroidismo usamos um sedativo do sistema neuro — vegetativo, tendo por base os derivados de beladona e a fenietilmaloniluréia. A vitamina A, na dosagem de 25.000 u.I., por via oral, duas vezes ao dia, é util. Associamos geralmente nos doentes com perda de peso o complexo B, util para o aproveitamento da dieta rica em hidratos de carbono.

A dieta alimentar deve ser rica em proteínas e hidratos de carbono. Repouso relativo. Remoção de focos de infecções existentes (especialmente amigdaliano).

Nas formas de gravidade média (MB + 35% a + 70%), há necessidade de uma medicação mais energética. O iôdo isoladamente fornece resultados. Nestes casos, porém é necessário um tempo maior de administração, e constantemente. Não há necessidade de recorrermos às doses excessivas, que poderão determinar fenômenos de intolerância ou intoxicação, pois — é uma noção hoje clássica que tanto as doses mínimas uteis (6 mg. — 20 mg.) como as maciças (500 a 700 mg.) produzem os mesmos efeitos antitireotóxicos.

Nas formas médias de hipertireoidismo, no entanto, usamos doses um pouco maiores. Assim — da solução referida de iôdo e iodeto de cálcio, utilizamos 1 colher de chá duas vezes ao dia; da solução de Lugol comum, uma colher de chá, duas vezes ao dia; do Lugol a 1% de iôdo, utilizamos de 5 a 10 gotas duas vezes ao dia.

Ao iôdo associamos o propiltiouracil, que nestes casos não deverá exceder a 200 mg. por dia, distribuído em duas dozes de 100 mg. Como regra geral jamais administrar o propiltiouracil aos doentes que não puderem fazer uma verificação hematológica por semana.

Nas formas médias a redução do MB aos limites do normal, e a melhoria clínica (curva do peso, pulso, redução da excitabilidade, etc.) — impõe a redução ou suspensão do propiltiouracil, e manutenção da medicação pelo iôdo até a operação. Nestes casos temos por hábito associar a medicação pelo benzoato de estradiol, na dosagem de 5 mg. diários — pelo espaço de 12 a 15 dias, principalmente si o doente é portador da doença de Basedow. Poder-se-á, ainda, implantar na superfície interna da côxa, no sub-cutâneo profundo, uma pastilha de 50 mg. de benzoato de estradiol, cujos efeitos são duráveis em média por dois a três meses, e é mais econômico.

Insistimos sobre os excelentes resultados da medicação pelo estradiol. Como complemento: a vitamina A, por via oral, na do-



sagem de 50.000 u.I. diária; o complexo B, os sedativos do neuro-vegetativo, a dieta hiperproteica e rica em hidratos de carbono. Repouso mais do que moderado.

As formas graves de hipertireoidismo representam apreciável problema para o pré-operatório. São principalmente portadores da doença de Basedow ou adenomas basedoficados.

O iôdo, ainda, têm sua justificação nestes casos, embora a redução da tireotoxicose seja relativamente pequena e demorada. E', no entanto, medicação plenamente justificada. As dosagens não necessitam ser maiores do que as referidas anteriormente para as formas de gravidade média. Os derivados do tiouracil, especialmente o propiltiouracil, são de resultados apreciáveis nestes casos. As dosagens serão de 300 a 400 mg. nas 24 horas, fragmentadas em três doses. Após a queda do MB de 50%, a dosagem pôde ser reduzida em média a 200 mg. por dia. Sempre associamos de início o iôdo (segundo as formulas referidas) ao propiltiouracil — e jamais utilizamos o iôdo tão somente nas últimas duas ou três semanas, pois, neste curto lapso de tempo é mínima a redução do volume da glândula e da intensa vascularização.

O aparecimento do sodio 5 — iôdo — 2 — tiouracil, ou iodo-tiouracil — parece realizar àquelas condições ideais para o cirurgião, redução de volume e circulação da glândula. Nas formas graves de hipertireoidismo, especialmente, na doença de Basedow, associamos ao iôdo e propiltiouracil a medicação pelo benzoato de estradiol, na dosagem diária de 5 mg. durante longo período, havendo vantagens às vezes implantar uma pastilha de 50 mg., além da injeção diária. Não aconselhamos o estilbestrol pelas reações habituais, já referidas. Temos utilizado nas formas graves as injeções intramusculares de dibromocolesterol, diárias ou em dias alternados, por longo período.

Os sedativos do sistema neuro-vegetativo serão utilizados, bem como a vitamina A (50.000 u.I. a 100.000 U.I. por dia, per os), o complexo B (especialmente a piridoxina) e a vitamina B 12. O repouso deverá ser absoluto, em quarto com pouca luz. Dieta hiperproteica rica em hidratos de carbono. Tratamento psicoterápico persistente e hábil dos temores do doente pelo próprio internista ou mesmo pelo cirurgião.

Só um tratamento pré-operatório bem sistematizado para cada tipo de hipertireoidismo poderá reduzir completamente ou em grande parte a tireotoxicose. Uma observação ou protocolo clínico cuidadoso diário dará ao cirurgião o critério objetivo do resultado do tratamento.

São principalmente as curvas de pêso e do pulso, ao lado da redução do MB — que permitem um julgamento de redução do hipertireoidismo. Entre nós não fazemos a dosagem da fração P do iôdo plasmático (iôdo ligado à proteína plasmática), que permite julgar com certa precisão a redução da toxicose tireoidea. Acima da 7,6 gramas estamos em condições de hipertireoidismo (Unonius-37).



## RESUMO

S. Hermeto Júnior — Orientação geral no tratamento pré-operatório do hipertireoidismo.

O A. procura neste estudo salientar as normas do tratamento geral pré-operatório do hipertireoidismo. Refere as medicações básicas utilizadas — salientando o iodo, os derivados do tiouracil (especialmente o propiltiouracil), o benzoato de estradiol. O A. considera, sob o aspecto do tratamento pré-operatório — três formas clínicas de hipertireoidismos:

- a) as formas frustas, com MB entre +20% e +35%;
- b) as formas médias, com MB entre +35% e +70%;
- c) as formas graves, com MB entre +75% e +100%, ou mais.

Procura o A. para cada um destes tipos referir a norma geral da medicação pré-operatória.

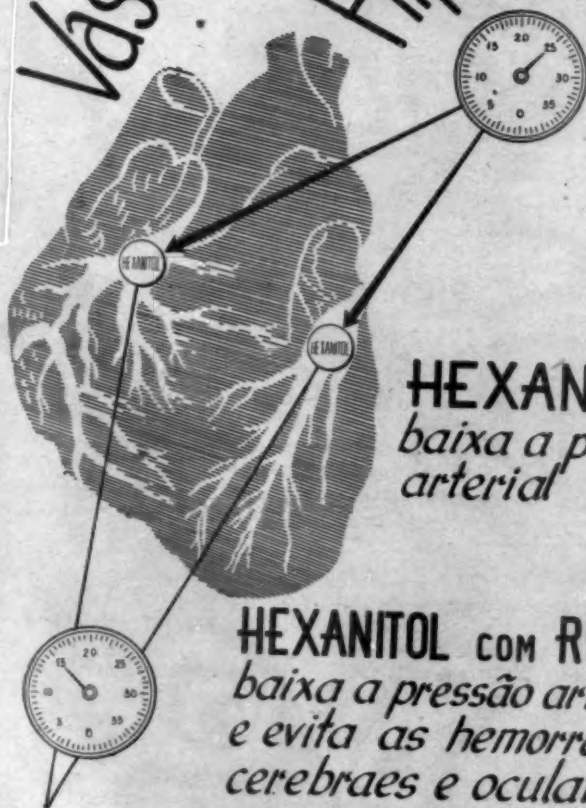
O A. salienta as vantagens de associar-se o iodo à medicação pelo propiltiouracil, e ao benzoato de estradiol.

## LITERATURA

- 1) ASTWOOD (E. B.) — *Treatment of hyperthyroidism with thiourea and thiouracil*. — "J. A. M. A.", 122: 78-81; 1943.
- 2) ASTWOOD (E. B.) and VANDERLAAN (W. P.) — *Thiouracil derivatives of greater activity for treatment of hyperthyroidism*. — "J. Clin. Endocrinol.", V: 424-430; 1945.
- 3) ASTWOOD (E. B.) — *Use of antithyroid drugs during pregnancy*. — "J. Clin. Endocrinol.", 11: 1.045 — 1.056; 1951.
- 4) BATISTA (V.) — *Vitaminas e avitaminoses* — (vit. A e Hormônio — pgs. 101-110). M. Ponzini, ed. São Paulo, 1942.
- 5) BEIERWALTES (W. H.) — *Methyl — 2 — Mercaptoimidazole and 1 — Ethyl — 2 — Mercaptoimidazole: Clinical Evaluation of two new antithyroid drugs*.
- 6) BEIERWALTES (W. H.) — *Irradiation of pituitary in treatment of malignant exophthalmus*. — "J. Clin. Endocrinol.", 11: 512-530; 1951.
- 7) BASTANNIÉ (P. A.) — in *Year Book of Endocrinology*, pgs. 104-105; 1951.
- 8) BLOMFIELD (G. W.), JONES (J. C.), MACGREGOR (A. G.), MILLER (H.) and WAYNE (E. S.) — *Treatment of thyrotoxicosis with radioactive iodine*. — "Brit. M. J.", 2: 373-381; 1951.
- 9) CAEIRO (J. A.) — *Hipertireoidismo — Fisiopatologia y tratamiento*. — Lopes y Etchegoyen, ed. Buenos-Aires, 1945.
- 10) CORRÊA NETTO (A.) — *Afeções cirúrgicas da tireóide*. "Rev. Paulista de Med.", 38: 589-626; 1951.
- 11) CATZ (B.), PETIT (D. W.) and STAU (P.) — *Therapeutic studies in hyperthyroidism: Sodium — Iodo — 2 Thiouracil*. — "J. Clin. Endocrinol.", 11: 878-005; 1951.
- 12) DE FINIS (A. B.) — *Tratamento do hipertireoidismo frusto pela testosterona* (nota prévia) — "Anais do II Cong. Méd. Paulista", 2.º vol.: 540-544; 1945.
- 13) GONZALES TORRES (D. M.) — *Tiourea e tiouracil, os novos medicamentos anti-tireoideos (seu emprego no tratamento do hipertireoidismo)* "Anais do II Cong. Méd. Paulista", 2.º vol.: 424-520; 1945.
- 14) GUILLEMIN (R.) — *Parahydroxypropiofenone (H 365). Frenateur hypophysaire de synthèse?* — La Presse Méd., n.º 39: 799, 1951.
- 15) HERMETO JÚNIOR (S.) — *Tratamento pré-operatório do hipertireoidismo*. — "Rev. Paulista de Med.", 28: 310 — 330; 1946.

- 16) HERMETO JUNIOR (S) — *Hipertireoidismo — Tratamento e resultados* — Correlatório ao II Cong. Inter-Americano de Cirurgia, Buenos Aires (1943) — in "Rev. de Cir. de São Paulo", IX: 753-786; 1944.
- 17) HALLMAN (B. L.) and BONDY (P. K.) — *Experience with methimazole (Tapazole) in treatment of hyper — thyroidism*. "Am. J. Med.", 11:724-729; 1951.
- 18) *Joll's Diseases of Thyroid Gland*. — FRANCIS RUNDLE. 2e. ed. W. Heinemann, London — 1951.
- 19) JONES (A.) — *Orbital X-ray therapy of progressive exophthalmos*. — "Brit. J. Radiol.", 24:637-646; 1951.
- 20) KYRILLOS (A. C.) e GONZALES TORRES (D. M.) — *Hipertireoidismo na criança* — "Anais do II Congr. Méd. Paulista", 2.º vol.: 531-539; 1945.
- 21) MCCLINTOCK (J. C. and LYONS A.J. J. A.) *Clinical use of iodothiouracil, a new antithyroid compound: preliminary report*. — New York "J. Med.", 51:1.633-1.636; 1951.
- 22) McCULLAGH (E. P.) — *Results of non surgical treatment of hyperthyroidism*. — Cleveland Clin. Quart., 18:102-116; 1951.
- 23) McGAVACK (T. H.) — *The Thyroid*. — The C. V. Mosby Co. St. Louis — 1951.
- 24) OKIE (M. V.), DALEY (W. J.) and WHITE (W. F.) — *Therapeutic pituitary inhibition by steroids. Treatment of exophthalmos*. — The "J. of I.C.S.", — XVIII: 164-171; 1952.
- 25) PETIT (D. W.) — *Use of antithyroid drugs* — California Med., 74:99-104; 1951.
- 26) PAUFIQUE (L.), PAPILLON (J.) et GUINET (P.) — in *Year Book of Endocrinology*, pgs. 101-102; 1951.
- 27) PIULACHS (P.) y CAÑABELL (J. M.) *Enfermedades del tiroides*. — José Paulo, ed. Barcelona, 1950.
- 28) RAMOS (J.), MELO (H. K.) e FERREZ (W. da P. G.) — *O eletrocardiograma no hipertireoidismo*. — "Anais do II Congr. Méd. Paulista", 2.º vol.: 485-489; 1945.
- 29) ROCHA AZEVEDO (J. G.) e SILVA PRADO (W.) — *Orientação terapêutica no hipertireoidismo*. — "Anais do II Congr. Méd. Paulista", 2.º v: 545-548; 1945.
- 30) REZENDE (A. S.) — *Prova de Katschkalk com histamina no hipertireoidismo* "Anais do II Congr. Méd. Paulista", 2.º v.: 526-530; 1945. \*
- 31) SAMPAIO (J. A. de M.) e PAULA e SILVA (J.) — *Estudo crítico de 397 casos de hipertireoidismo (estudados sob o aspecto hematológico)*. — "Anais do II Congr. Méd. Paulista", 2.º v.: 490-493; 1945.
- 32) SWEENEY (B. J.), DAUGHADAY (H.), GOTTLIEB (L.), SCOTT (W. G.) and MACBRYDE (C. M.) — *Radioactiveiodine therapy of hyperthyroidism: determination of optimal dosage*. — "South M. J.", 44:648-654; 1951.
- 33) SILVA BASTOS (E.) — *Complicações operatórias das tireoidectomias sub-totais*. "Rev. Paulista de Méd.", 38: 649-668; 1951.
- 34) *Transactions of the American Goiter Association* — pgs. 243-268 (trabalho de HILL (S. R.), REISS (R. S.), e outros) — C. C. Thomas, ed. Springfield, III., 1950.
- 35) *The 1951 Year Book of Endocrinology* — pgs. 83-105. — G. S. GORDAN, ed. Chicago, 1952.
- 36) *III Congresso da Associação Paulista de Medicina (correlatório de L. Marques de Assis — O tratamento pré-operatório do hipertireoidismo)* in "Rev. Paulista de Méd.", 39: 11-20; 1951.
- 37) UNONIUS (E.) — *Iodine determinations and diagnosis in hyper and hypothyreosis*. — "Acta Chir., Scandinavica", v. XCIII — Suplemento 106-1946.

# Vaso-dilatadores Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL COM RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-364572  
São Paulo

## Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação

DRS. JOÃO DE LORENZO, TRIESTE SMANIO,

FELICIANO BICUDO NETO e DANTE MONTAGNANA

Os AA. apresentaram um film de uma ressecção gástrica por úlcera da pequena curvatura e do bulbo duodenal. O paciente fora anestesiado com tionembutal-ciclo-propano-tucurin-oxigênio, pelo método endotraqueal. Praticaram a incisão de Lënnander e ressecaram dois terços do estômago.

A característica do método consiste na laminação do duodeno, logo abaixo da úlcera, com o laminador de "De Lorenzo", secção da parte laminada entre pinças acotoveladas e sutura com "cat-gut" cromado com agulha atraumática n.º 0 ou 00, com pontos transfixantes de vai e vem, abaixo da pinça. Extirpação do excedente de tecido laminado e nova sutura com o mesmo fio recobrimdo a primeira, proporcionando completa peritonização.

As principais vantagens do método são:

1.<sup>a</sup>) preenche todas as condições de fechamento do coto duodenal. O método é hemostático, hermético, asséptico, permite peritonização adequada, não lesa estruturas vizinhas e é facilmente exequível.

2.<sup>a</sup>) nas úlceras baixas não há necessidade de libertação de grande extensão de duodeno, para se conseguir o seu fechamento, libertação esta tão temida pela lesão do ducto pancreático menor e mesmo do d. colédoco, bem como não compromete a vascularização do duodeno.

3.<sup>a</sup>) Torna a secção do duodeno, um tempo praticamente asséptico porquanto o laminador rompendo a mucosa no sentido crâneo-caudal, faz com que ambas as extremidades se afastem e no nível de secção do duodeno, permaneça apenas a serosa peritoneal, até onde ela existe, e fibras musculares lisas longitudinais. A secção é feita portanto em zona asséptica.

4.<sup>a</sup>) É método simples, perfeitamente factível, não exigindo excepcional recurso técnico ou tático, bastando contar com um laminador eficiente.

5.<sup>a</sup>) A experiência de vários anos com o seu emprego, revelou o valor do método, não se lamentando, até agora, nenhum caso de deiscência da sutura duodenal, neste grupo de pacientes.

O método se aplica a todos os casos de úlcera gástrica e úlcera duodenal, exceção feita àqueles casos de úlcera duodenal terrebrante do ligamento hêpato-duodenal ou da cabeça do pâncreas.

---

---

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

**DON BAXTER**

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

**VACOLITERS**



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucócio a 5 % com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucócio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucócio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucócio em água destilada a 5 % e 10 %.

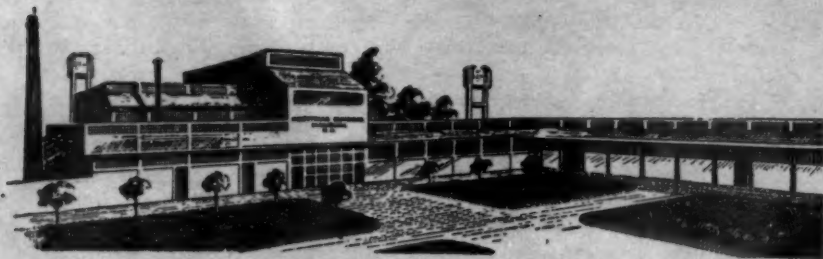
*Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>*

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de DARROW).

*Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>*

**Material para instalação de Bancos de Sangue :**

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



**Indústrias Químicas Mangual S. A.**

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818  
Caixa Postal 3.705 — Enderço Telegráfico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.  
Enderço Telegráfico: "BAXTER"

---

---



# **INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"**

## **Radiodiagnóstico e Radioterapia**

**Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655  
SÃO PAULO

## **CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA**

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

### **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:**

- a) nas afecções cardíaco-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribui para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação energética.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.



LABORATÓRIO

**TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil

# DISTONEX



para o



## Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

*São Paulo Editora S/A., imprimeu.*